

DE L'INTERVENTION
DANS
l'Ulcère Hémorragique de l'Estomac
et du Duodénum



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 64

DE

l'Intervention dans l'Ulcère Hémorragique de l'Estomac et du Duodénum

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. A. ROSHEM

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Valenciennes (Nord), le 9 Juin 1889



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. COURMONT..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X...
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VALLAS, Président ; M. LERICHE, Assesseur ;
MM. TAVERNIER et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Chef de bataillon du génie

Officier de la Légion d'Honneur

Il se tint toujours à l'abri de toutes les compromissions. Apprécié de ses chefs, il était plus heureux encore d'être aimé de ses inférieurs. Sa vie militaire, de devoir et d'intégrité est un exemple que je m'efforcerai de suivre.

A MA MÈRE

Avant tous, c'est à toi que je dédie mon premier travail. Il te revient, quelle qu'en soit la nature; en hommage d'abord, en signe de reconnaissance aussi, mais encore, et c'est à cela que nous tenons le plus tous deux, en témoignage de véritable et profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI M'ONT MANIFESTÉ DE L'INTÉRÊT.
DE L'AMITIÉ OU DE L'AFFECTION

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Nous le prions d'agréer nos respectueux
remerciements pour le grand honneur
qu'il nous fait en acceptant de présider
notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de ce
travail. Nous tenons à le remercier
encore ici.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÈGE COTTE

AVANT-PROPOS

L'usage admet que l'on se réserve quelques lignes en tête d'une thèse pour des paroles personnelles.

Nous en profiterons, car il permet, semble-t-il, de donner une valeur plus sérieuse et plus large aux remerciements adressés à ceux qui nous ont formés, en plaçant le témoignage de gratitude à la première page du premier travail.

A nos maîtres des Facultés de Nancy et de Lyon, et de l'Ecole de santé militaire, nous offrons ici l'hommage respectueux de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur ROLLET, qui fut pour nous un maître bienveillant. Pendant le stage que nous fîmes dans sa clinique comme externe, son enseignement nous fit prendre goût à cette science précise qu'est l'ophtalmologie. C'est une satisfaction et une ressource dont nous lui sommes redevable.

A Monsieur le Docteur VIGNARD, chirurgien de la Charité. Il nous permit de prolonger notre séjour dans son service. Ses enseignements, ses conseils, nous furent du plus grand prix et sa cordialité aimable restera vivante dans notre souvenir.

A Monsieur le Professeur agrégé LERICHE. Pendant

notre temps d'externat à la Clinique chirurgicale du Professeur Poncet, pendant nos fréquentes visites dans le service, il fut le maître dont la simplicité et la complaisance laissent une impression durable et vive à ceux qui furent à ses côtés. Si nous avons été à même d'acquérir quelque sens pratique, quelque clarté simple dans nos connaissances, c'est à sa méthode et à son exemple que nous le devons.

A Messieurs les Chirurgiens des Hôpitaux TIXIER, BERARD, VILLARD, DELORE ; à Messieurs les Médecins des Hôpitaux DEVIC et LECLERC, qui voulurent bien nous ouvrir leurs statistiques et nous accueillir avec bienveillance.

Introduction

L'ulcère hémorragique de l'estomac ou du duodénum est la forme où l'hémorragie, par son abondance, ou sa répétition, ou l'anémie consécutive, devient le phénomène de première importance : la manifestation qui oriente impérieusement le traitement et à laquelle il faut parer.

La question de l'intervention chirurgicale dans l'ulcus, très à l'ordre du jour, nous semble-t-il, est une de celles où l'évolution fut la plus nette. L'expérience basale date de 1876. C'est à cette date, en effet, que Gussenbaüer et Winniwarter (1), par une pylorectomie réalisée sur le chien, démontrent pratiquement l'inanité de la crainte physiologique de voir le suc gastrique exercer une action digestive sur la plaie opératoire.

L'interdiction était levée ; restaient à fixer les indications.

La première intervention chez l'homme, faite par Rydiger, en 1881, dans un cas d'ulcère rond avec sténose, si elle eut un très bon résultat, eut une mauvaise presse : le *Centralblatt f. Chirurgie*, qui rapportait cette première résection, exprimait le vœu qu'elle fût aussi la dernière. Cependant, malgré cette opinion, malgré surtout les bons résultats très fréquemment obtenus du traitement purement médical, les interventions se multiplièrent. Des travaux nombreux le montrent avec évidence.

Mais, pour la forme qui nous occupe, pour la forme où

(1) Gussenbaüer. *Archiv. f. Klin. Chir.* 1876, t. 19, p. 347.

l'hémorragie de son rôle de symptôme simple, ou même de son rang de complication, est passée à la place de manifestation principale, créant une variété pathologique spéciale, la marche de l'opinion scientifique fut plus lente et plus hésitante. La gravité de l'état général, les bons résultats obtenus très fréquemment encore du traitement médical, sont les raisons, semble-t-il, qui expliquent les divergences de conclusions des divers auteurs.

Savariaud, en 1898, dans sa thèse, conclut à la ligature après gastrostomie ou à la gastroentérostomie.

Les statistiques anglaises et américaines de Mayo et de Moynihan donnent après gastroentérostomie de très belles proportions de résultats éloignés.

Tuffier en 1899, Doyen en 1900, qui pratiquent la gastroentérostomie, affirment que leurs malades n'ont jamais eu d'hémorragies depuis l'intervention.

Par contre, Sahli, de Berne, au XX^e Congrès de chirurgie allemande, affirme que « contre l'hémorragie la gastroentérostomie est inutile ou dangereuse.

Tuffier et Jeanne (*Revue de Chirurgie*, mars 1905) relèvent douze procédés d'hémostase déjà mis en œuvre et posent des indications particulières à la gastroentérostomie, à la résection, à la cautérisation, à la ligature.

Dans une discussion à la *Société de Chirurgie de Paris*, en 1906, Quénu, résumant, semble-t-il, les diverses opinions émises, conclut à l'utilité de la gastroentérostomie dans les cas de stase concomittante. Mais il la reconnaît insuffisante au cas d'ulcère en évolution, non encore sténosant, et écartant la gastrectomie, difficile et dangereuse, il pose la question de la jéjunostomie comme autre opération palliative, plus directe et complète.

Lubetzki, dans sa thèse (Paris, 1913), propose la résection dans l'hémorragie chronique.

Saint-Paul (thèse de Toulouse, 1913) conclut à l'efficacité de la jéjunostomie contre les hémorragies, et Leriche, après une discussion critique très précise, appuyée sur les travaux de Denéchau, Amza Jianue, Tuffier, Biondi, Domenico, Vautrin, fixe l'exclusion comme vraie méthode de traitement de l'ulcère qui saigne.

D'où viennent ces divergences et cette incertitude ?

Elles viennent, croyons-nous, de ce fait, qu'entraîné par les bons résultats immédiats de la gastroentérostomie on a voulu y voir une thérapeutique générale répondant à toutes les formes d'ulcère hémorragique. Mais dès que les observations postérieures sont venues apporter des cas de récides après la gastroentérostomie, on s'orienta vers d'autres opérations palliatives plus complètes comme isolement produit : la jéjunostomie ou l'exclusion. C'est de ce moment que datent aussi les essais systématiques de thérapeutique causale, de résection dans ses diverses variétés.

Mais de tout cela, que faut-il adopter ? Il nous a paru que la question n'était pas tranchée, qu'un rapprochement des diverses opinions pouvait y apporter un peu plus de précision.

C'est ce que nous allons tenter de faire, essayant, appuyés sur des observations des services lyonnais, d'éclaircir un peu les raisons de ces divergences.

En tout cas, nous aurons toujours réuni quelques observations qui, si nos déductions sont insuffisantes, pourront peut-être servir à une statistique postérieure pour un commentateur plus éclairé.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

I. — Gastroentérostomie

OBSERVATION I

(M. BÉRARD)

F.... Jeanne, 32 ans, jardinière, entre dans le service de M. Bérard le 17 juin 1910.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 15 ans.

La malade est, de plus, dans des conditions d'alimentation mauvaise et de travail pénible.

Dans la nuit du 18 au 19 mai, après avoir fait un repas trop abondant, la malade a un vomissement de plus d'un litre de sang, mélangé d'aliments, où elle reconnaît des ingesta de trois jours.

Elle est vue le lendemain par son médecin. Face colorée. Pouls à 72. Douleur à l'estomac exagérée par la pression de la main, sans signe de dilatation. Langue saburrale.

Elle est mise au repos, diète, lavement à 45° trois fois par jour, un peu d'eau par cuillerées à café.

La malade cependant s'affaiblit de plus en plus : selles d'hémorragie, douleurs au creux épigastrique et dans le flanc gauche. Le pouls s'accélère, état d'hémorragie interne grave. Cinq lavements chauds sont donnés dans la journée du 19, rendus toujours avec l'aspect de suie délayée.

Le 20 mai, au soir, nouvelle hémorragie de quantité inconnue. La malade est mise à l'immobilité complète, tête basse, glace sur le ventre, fragments de glace à sucer. Lavements chauds répétés.

L'état s'améliore peu à peu. Vers le 24 mai, les lavements étant rendus presque clairs, la malade commence à prendre un peu de lait par cuillerées à café.

A partir du 26, une tasse à thé de lait toutes les heures.

Le 10 juin, un essai d'alimentation avec du potage et des pâtes préparées à l'eau d'abord, ayant ramené les mélénas et une sensation de pesanteur et de malaise stomacal, quelques vomissements non sanglants s'étant produits, la malade

est remise au lait par petites tasses toutes les trois heures. Après chaque prise, la malade éprouve toujours des pesanteurs, chaleurs ou brûlures dans la région épigastrique, surtout à gauche, qui est d'ailleurs sensible à la pression.

Le 15 juin, les méloenas ont disparu. La langue est toujours saburrale. Pas d'appétit, parfois des envies de vomir. Pouls faible, sans syncope.

Le médecin traitant conclut : « Il s'agit vraisemblablement d'une ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc ou de deux francs, et non d'une érosion qui se serait déjà cicatrisée. La malade pouvant toujours avoir une hémorragie, puisqu'on ne note aucune tendance à la cicatrisation, son existence apparaît précaire et il semble qu'une intervention est indiquée sans temporiser, crainte d'affaiblissement et de conditions moins favorables.

Intervention le 17 juin (M. Bérard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe sur le côlon très recourbé que l'on relève pour voir l'estomac.

Rien au pylore.

Près du cardia, une cicatrice blanche qui semble déjà ancienne, blanc nacré sur toute sa surface. On essaye de la décoller, mais on ne poursuit pas, car il n'est pas sûr que l'hémorragie en vienne.

On se décide à faire une gastroentéroanastomose transmésocolique, qui s'effectue sans difficulté. Un peu de tympanisme gêne la réintégration.

Dans la soirée, quelques vomissements noirâtres, « qui représentent les résidus de l'hémorragie ancienne » (M. Bérard). Etat de shock. Pouls faible. Légère ascension thermique.

Dans la nuit, deux crachoirs de vomissements hémorragiques. Morphine, glace. Les suites furent normales. La malade se réalimente et quitte le service en bon état.

OBSERVATION II

(M. VILLARD)

P... Jean, 52 ans, entre salle Saint-Joseph le 14 février 1910.

Souffre de l'estomac depuis sept ou huit ans. A fait plusieurs séjours dans des services de médecine.

Sensation de barrement épigastrique. Grandes douleurs, deux heures après le repas, sans vomissements. Bon appétit. Malade amaigri.

A son troisième séjour en médecine, on note une douleur localisée au creux épigastrique, avec parfois sensation de transfixion que le malade peut calmer par le décubitus.

En 1905, une hématomérose.

En 1908, revient pour phénomènes douloureux. La radioscopie montre un estomac dilaté dépassant l'ombilic.

A l'entrée. — Le malade était parti amélioré. Les douleurs et les troubles ayant cédé au régime. Mais depuis le mois d'octobre, les douleurs reprennent, calmées parfois par les aliments.

Il a eu une grande hématomérose avec mélanose et constipation. La douleur a nettement un caractère de transfixion.

La palpation de la région pylorique a permis, à certains moments, de sentir une tumeur arrondie, interprétée comme une contracture pylorique.

Actuellement, il ne souffre pas beaucoup, mais est décidé, néanmoins, instruit par ce long passé gastrique dont les récides semblent devoir se prolonger et comporter un avenir plein de menaces, à se laisser opérer.

24 février, intervention (M. VILLARD). — Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale.

L'examen de l'estomac montre la zone de l'ulcère située sur la petite courbure, juxta-pylorique. Deux adhérences ayant nettement l'apparence de brides sont sectionnées.

L'estomac est très adhérent.

On pratique une gastroentéroanastomose et une jéjunojéjunostomie au bouton.

28 février 1910. — Le malade va bien.

30 octobre 1913. — (Lettre du malade). Le malade dit ne plus avoir eu de troubles digestifs depuis l'intervention. Il a présenté, le 20 avril 1913, une récurrence d'hématomérose, malgré une alimentation principalement lactée.

OBSERVATION III

(M. TIXIER)

P... Jean, 49 ans, entre salle Amédée-Bonnet, le 13 janvier 1913.

Le malade a eu, dans ces dernières années, des hématoméroses répétées.

Il y a trois ans, le malade eut, pendant trois jours, des

vomissements répétés, survenant après les repas, sans prodromes, *mélangés de sang*, puis il n'eut plus rien pendant dix-neuf mois.

En mars 1911, une *deuxième hématémèse*, isolée, sans autres symptômes, plus abondante.

Une autre survint quatre jours après, accompagnée d'un tel affaiblissement que le malade dût garder le lit pendant vingt jours, pendant lesquels les selles présentèrent l'aspect de *mélœna*.

En août 1911, une *nouvelle hématémèse* qui dura deux jours, accompagnée de *mélœna*.

En décembre 1911, *nouvelle hématémèse*.

En mars 1912, *mélœna* pendant deux ou trois jours.

En novembre 1912, *nouvelle hématémèse*, accompagnée de *mélœna* qui tient le malade au lit pendant dix jours.

A l'entrée : malade pâle, amaigri, muqueuses encore un peu décolorées. L'appétit est très fort, au point même de devenir une sensation douloureuse qui se manifeste surtout deux heures après les repas. Aucune sensation de gêne, pesanteur ou douleur stomacale. Pas de coliques, diarrhée constante, pas de clapotage.

Rien à la palpation. Pas de points douloureux.

Pouls régulier. Bruits lointains, assourdis, pas de souffle.

Le 19 janvier, étant à l'hôpital, le malade a une *dernière hématémèse*, qui dure l'après-midi et la nuit et est évaluée à un litre. Hématémèse rouge.

Le malade est mis au repos, à la diète, glace sur l'abdomen, glace à sucer.

Le 22 janvier, *intervention* (M. Tixier). — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'examen de l'estomac montre un ulcère fibreux duodéno-pylorique à reflets nacrés, faisant une coalescence complète entre l'intestin et le foie, auquel il est très fortement adhérent. C'est un ulcère à évolution rapide, proche de la perforation, que la formation de ces adhérences a heureusement écartée.

On pratique une gastroentéroanastomose postérieure.

Le 17 février 1913, le malade est en bon état. Reprend ses forces. Ne souffre pas.

Dans la dernière nuit, le malade, qui a été un peu agité, a rejeté, après quelques efforts de vomissements, environ un demi-litre de liquide rouge noirâtre, sans caillots, nettement hématurique.

Le 3 février, le malade est emmené par sa famille.

Deuxième séjour, le 12 mars 1913. — Le malade, qui avait été pendant huit jours en très bon état après l'intervention, a vu peu à peu revenir les troubles gastriques.

Les hématomés ne se sont plus reproduites, mais les vomissements ont reparu, d'abord espacés, puis quotidiens, bilieux ou alimentaires.

Le malade est faible, asthénique, fortement anémié, il décline tous les jours.

15 mars 1913. — Le malade a eu, ces derniers jours, des vomissements de *circulus viciosus*.

Opération itérative (M. Tixier). — Entrée par l'ancienne laparotomie, difficile, car l'épiploon enflammé adhère partout réalisant des unions du péritoine pariétal, du côlon, de l'estomac, du pylore, du foie. Au milieu de ce paquet épiploïque, on reconnaît l'estomac très distendu.

Le malade saigne comme un hémophile, l'hémostase est longue, minutieuse, pénible.

Un énorme paquet d'épiploïte, infiltré, montre le siège de l'ulcère qui a, en somme, continué à évoluer, comme le prouvent la périgastrite et les hématomés après l'intervention.

Il serait périlleux de chercher à isoler l'estomac pour une exclusion.

On cherche si les vomissements ne seraient pas dus à une obturation, de cause externe, de l'anastomose. Par suite de la péritonite périulcéreuse, toute la région sous-colique est adhérente et enflammée. Le bout supérieur de l'anastomose apparaît dilaté.

On fait une jéjunojéjunostomie latérale à la suture. On referme avec soin, ce qui est difficile à cause du tympanisme. Quatre fils de bronze sont placés à la paroi.

Le 7 avril 1913, le malade sort, guéri.

Le 31 octobre 1913 (lettre du malade). — Le malade a vomi parfois quelques gorgées de *sang rouge naturel*, les selles étaient noires ensuite pendant deux jours.

Le 26 septembre, *hématomèse rouge noirâtre*, qui dura un jour.

Le malade, depuis sa sortie de l'hôpital, n'a pas travaillé et a suivi le régime alimentaire indiqué.

OBSERVATION IV

(M. DELORE)

G... Joseph, entré à la salle Saint-Pothin, hôpital de la Croix-Rousse, le 15 novembre 1913.

Souffre de troubles gastriques depuis plusieurs années. A présenté des vomissements fréquents, *de coloration brun marron*, très souvent répétés ces dernières semaines.

Malade très amaigri.

Intervention le 22 novembre 1912. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère duodénal à deux ou trois centimètres du pylore.

Très large gastroentéroanastomose à la suture.

Le 4 décembre 1912, le malade a présenté, depuis l'opération, quelques *vomissements bruns nettement hématiques*, avec de légères poussées de température.

Le 6 décembre 1912, devant la persistance des hémorragies, on propose au malade une duodénotomie qu'il refuse.

Le 17 décembre 1912, le malade quitte le service pour revenir si de nouveaux accidents se produisent.

Le 23 octobre 1913 (lettre du malade), le malade n'a plus présenté ni troubles digestifs, ni vomissements, ni hématémèse, ni melæna. Il se dit tout à fait satisfait du résultat de l'opération.

OBSERVATION V

(M. BÉRARD)

P... Pierre, 45 ans, manœuvre, entre salle Saint-Pothin, hôpital de la Croix-Rousse, le 7 décembre 1907.

Le malade entre pour une *hématémèse abondante*.

Il ne peut préciser la date du début des troubles gastriques, vers 1905 probablement, coïncidant avec des excès alcooliques.

Douleurs vagues, intermittentes, pas de vomissements.

Il y a un mois et demi, sensation de faim très vive et pénible avant les repas, qui faisait suite, après les repas, à une douleur sourde, nettement épigastrique.

Il y a dix jours, le malade a été pris subitement *d'un vomissement de sang considérable*, un peu noirâtre, avec selles noirâtres.

Entrée cinq jours après.

Malade amaigri, anémie très marquée ; pas d'anorexie. La palpation épigastrique est douloureuse.

10 octobre. — Depuis son entrée, le malade n'a pas eu d'hématémèses, mais les *selles sont toujours noirâtres et poisseuses*.

22 octobre, intervention (M. Bérard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve au niveau du pylore une induration circulaire, semblant être la cicatrice d'un ancien ulcère. Périgastrite périphérique, surtout au niveau de l'arrière cavité des épiploons. On se contente de faire une gastroentéro-anastomose antérieure à la suture et une au bouton. Elle est rendue difficile par suite des adhérences de l'épiploon.

10 novembre 1907. — Depuis l'intervention, après quelques phénomènes pulmonaires et température jusqu'à 39°, l'état est redevenu normal. Les forces sont revenues. Teint coloré. L'appétit est devenu formidable. Le malade mange comme trois hommes bien portants. Il quitte l'hôpital le 7 novembre 1907.

22 octobre 1913 (lettre du malade). — Le malade dit se porter tout à fait bien. Plus de troubles digestifs, ni vomissements, ni hématémèse, ni mélæna.

OBSERVATION VI

(M. BÉRARD)

W... Jean, 38 ans, entre dans le service de M. Bérard, le 29 novembre 1912.

Souffre depuis dix ans. Les douleurs surviennent trois ou quatre heures après les repas. Considérablement augmentées depuis le mois de mai, elles ont pris un caractère de transfixion.

Les vomissements ont apparu depuis trois mois, surviennent tous les trois ou quatre jours, le malade y reconnaît des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant.

Ces vomissements sont acides, non fétides. Ils ont à peu près chaque fois été mêlés de *caillots de sang noir*.

Le malade a maigri de 20 kilos en deux ans.

Il y a trois mois, dans un vomissement, *il rejeta du sang rouge et rutilant* en quantité inconnue.

L'estomac est dilaté, le tympanisme va jusqu'au dessous de l'ombilic. On note un point douloureux à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane. L'estomac fournit un

clapotage net. Ni contractions intermittentes, ni péristaltisme.

Radioscopie. — A jeun, aucun renseignement. Après ingestion de soupe bismuthée, l'estomac est dilaté, le fond est à un travers de main en dessous de la ligne biliaire.

Intervention le 28 novembre 1912 (M. Bérard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'examen de l'estomac montre un ulcère siégeant sur la petite courbure, le pylore et le duodénum, avec adhérences à la face inférieure du foie.

On pratique une gastroentéroanastomose postérieure trans-mésocolique, « l'excision du pylore étant jugée inutile ».

Le 6 décembre 1912, le malade a présenté des phénomènes de bronchite avec température à 39°, qui ont duré quelques jours.

Le malade quitte le service en bon état.

Le 24 octobre (lettre du malade.) Difficultés et lenteurs digestives légères quand il mange plusieurs jours de suite en dehors de chez lui, des aliments froids qu'il emporte. Chez lui, a continué le régime : potages, laitage, œufs, purées, pâtes, puis, peu à peu, est revenu à l'alimentation ordinaire.

Très peu de vin, dont l'absorption lui cause des pesanteurs stomacales.

Plus de vomissements, ni d'hématémèses, ni de mélénas.

OBSERVATION VII

(M. VILLARD)

A... Henri, 37 ans, entre à la salle Saint-Joseph, le 4 septembre 1909.

Souffre de l'estomac depuis six ans.

Inappétence, lourdeurs après les repas, puis douleurs épigastriques qui se terminaient par des vomissements. A beaucoup maigri, surtout au début de la maladie.

Il y a trois ans, le malade eut *une hématomèse rouge, abondante*, à la suite de laquelle il dut garder le lit huit jours, étant trop affaibli pour se lever.

Depuis, il en présenta de *plus légères*, assez fréquentes, la dernière datant d'un mois.

Les douleurs sont devenues de plus en plus nettes, à siège épigastrique, avec sensation de transfixion, calmées par l'ingestion de bicarbonate de soude. Les vomissements sont, dans

les derniers temps, devenus plus abondants, espacés et irréguliers. Un par semaine environ. Le malade y reconnaissait des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

A l'entrée, malade amaigri ; l'estomac donne un clapotage très net. La palpation un peu douloureuse ne révèle pas de tumeur.

Quelques mouvements péristaltiques visibles.

Le 7 septembre, intervention. — Estomac dilaté. Gastroentéroanastomose à la suture et jéjunojéjunéoanastomose au bouton.

Le foie est adhérent à la face antérieure de l'estomac qui présente un ulcère sur la petite courbure.

Le 27 septembre, le malade sort.

Pas de douleurs. Le malade mange indifféremment légumes ou viandes. Les digestions sont parfaites.

Le 23 octobre 1913 (lettre du malade). — Quelques troubles digestifs rares. Le malade ne peut alors prendre que du bouillon.

A eu les années précédentes des *vomissements de sang*. Aucun cette année. Vomissements alimentaires fréquents. Les hématomèses, qui se produisaient deux ou trois fois dans une année, *étaient rouges ou couleur marc de café*.

Les fèces sont souvent noires, sans qu'il précise si cela coïncide avec les hématomèses.

Le malade reconnaît, d'ailleurs, n'avoir suivi aucun régime depuis son opération et se livrer à des excès de travail.

OBSERVATION VIII

(M. VILLARD)

V... Jean, 29 ans, entre à la salle Saint-Joseph, le 22 octobre 1910.

Le début remonte au mois d'août 1909. Le malade ressentait des douleurs quelques heures après les repas : des aigreurs et des douleurs à localisations épigastriques, sans vomissements au début et cédant au bicarbonate de soude dont il a usé longtemps. Bientôt il commença à vomir. Les vomissements étaient *noirs*, liquides, abondants, sans aliments, *nettement hématomiques*. Ils survenaient trois à cinq heures après le repas, accompagnés d'une forte douleur épigastrique qui disparaissait après le vomissement.

L'appétit est conservé, mais le malade a maigri de 5 kilogs en 15 mois. Pas de douleur à la pression du creux épigas-

trique. Le ventre est souple, l'examen ne révèle aucune tuméfaction mais fait naître des contractions péristaltiques fort nettes. L'estomac descend à l'ombilic et donne un clapotage marqué.

Intervention 25 octobre. — Ulcère duodénal juxtapylorique sténosant, très net, une veine prépylorique très développée permet sa localisation exacte. Gastroentéroanastomose antérieure. Jéjunojéjunostomie au bouton.

1^{er} novembre. — Plus de sang. Pas de température. Pas de douleur ni de vomissements. Etat meilleur. Bonnes selles sans présence de sang.

4 novembre. — On enlève les agrafes.

Le malade a rendu son bouton le onzième jour.

Le 31 octobre 1913. (Lettre du malade). — Plus de troubles digestifs, ni vomissements hématiques ou autres, ni de mélenas. Le malade se sent, dit-il, complètement guéri.

OBSERVATION IX

(M. TIXIER)

R... François, 34 ans, entre salle Amédée-Bonnet, le 1^{er} juin 1911.

Souffre de l'estomac depuis trois ans. Douleurs, sensations de pesanteur ou de brûlures réveillées par l'ingestion des aliments, calmées par les vomissements qui se produisent fréquemment après les repas, souvent spontanés, parfois provoqués par le malade. Ces derniers temps, il a remarqué que ses vomissements devenaient de plus en plus abondants, en même temps que présentant très souvent une *coloration rouge-marron*. Jamais de sang pur.

A l'entrée, malade considérablement amaigri, l'appétit est conservé, mais il ne mange pas, de peur de réveiller les douleurs.

Assez mauvais état, peu d'urines, a maigri de 4 kilogs dans les quinze derniers jours, très faible, se tient à peine debout, bourdonnements d'oreille, vertiges, sensations de syncope imminente.

A l'examen, on ne perçoit pas de péristaltisme, mais le malade dit en sentir. Un peu de tension intermittente de l'épigastre. Pas de point douloureux à la palpation. Clapotage très net. La sonorité gastrique descend à quatre travers de doigts sous l'ombilic.

A l'examen des selles : la réaction de Weber est négative.

Intervention, le 8 juin 1911. (M. TIXIER). — Laparatomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est très distendu, l'angle gauche du colon a une coudure très prononcée, par abaissement énorme du colon transverse.

Une large cicatrice, à cheval sur l'estomac et l'intestin occupe la face antérieure de la région pylorique, déterminant une sténose marquée, réalisée d'ailleurs presque autant par bride péritonéale que par infiltration organique des parois. Gastroentéroanastomose large à la suture. Quarante-huit heures après, le malade fait de phénomènes de *circulus viciosus*, avec dyspnée et température.

Le 14 juin. — Jéjunojéjunostomie.

Suites inconnues.

OBSERVATION X

(M. LERICHE)

A... Elise. Plusieurs séjours dans le service du professeur Poncet, le dernier du 12 décembre 1912.

Le début remonte à 10 ans. Douleurs épigastriques par crises, sans vomissements. Réveillées par l'ingestion des aliments, calmées par l'ingestion de lait chaud. Deux ou trois heures après les repas, regurgitation acides ou brûlantes, puis sédatives. L'amélioration après une première période de repos gastrique a duré quatre ans, pendant lesquels la malade s'est crue guérie.

Il y a quatre ans, récurrence des troubles gastriques, douleurs avec vomissements d'abord rares, puis abondants, puis plus abondants que l'alimentation quatre ou cinq heures après le repas. Bref, elle réalise un vrai type de sténose avec intolérance.

Depuis un an, les vomissements sont *très fréquemment noirs*.

A l'entrée, le 12 décembre, malade très amaigrie (a perdu 10 kilogs) ; cachectique : estomac énorme descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Péristaltisme très net. Douleurs pyloriques intenses, vomissements noirs, constipation.

Intervention d'urgence (M. Leriche), le 14, précédée d'un lavage d'estomac qui retira, dès que le syphon fut amorcé, quatre litres de liquide noir. Une syncope oblige d'interrompre. Injection de sérum et, de suite, sous anesthésie locale,

une gastroentéroanastomose postérieure au lieu de l'exclusion projetée.

L'examen de l'estomac a révélé un ulcère calleux pylorique.

Suites très simples. Cessation complète de toute hématomatose.

La malade, revue en juillet 1913, avait un résultat parfait ; elle avait repris 20 kilogs.

OBSERVATION XI

(M. DELORE)

B... Jules, entre salle Saint-Pothin, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 28 janvier 1913.

Présente depuis vingt ans des troubles digestifs au cours desquels il a eu de fréquentes *hématomatoses noires*.

Intervention le 3 février 1913. — Laparatomie médiane sus-ombilicale. On trouve un grand estomac, très dilaté et anémié. Sur le duodénum, tout près du pylore, un ulcère calleux-adhérent, le duodénum est d'ailleurs entouré d'un magma de péri-duodénite inflammatoire qui le rend adhérent.

A la radioscopie, le pylore fonctionnait, mais très peu, l'élimination étant très retardée et se faisant par bouchées très petites.

Gastroentéroanastomose au catgut, à trois plans de sutures.

Le 10 février. — Pendant plusieurs jours, après l'intervention, le malade a eu des *mélanas abondants* avec température et état grave.

Le 12 février. — Le malade qui fait une pneumonie est évacué en médecine.

OBSERVATION XII

(M. LERICHE)

De S..., ménagère, 60 ans. Premier séjour dans le service du Professeur Poncet (salle Sainte-Anne), en juin 1912. Deuxième séjour en janvier 1913. Passe en médecine, service de M. Devic, d'où elle est renvoyée, salle Sainte-Anne.

La malade se plaint de l'estomac depuis trois ans.

Pendant la première année, elle n'eut rien que des phénomènes douloureux en crises de trois ou quatre jours avec des intervalles normaux d'un mois. Les douleurs qui ne succédaient pas à chaque repas, venaient une à deux heures

après, et duraient une heure et demie à trois heures, sans être suivies de vomissements mais accompagnées de regurgitations acides. Sensation de pesanteur épigastrique sans brûlure, ni irradiations dorsales, provoquée surtout par l'ingestion de viande ou de salade. Comme traitement, la malade n'avait pris que des amers, et se re posait pendant les périodes de crise où les douleurs l'empêchaient de travailler.

Il y a deux ans : Première hématomèse. — Alors que depuis plusieurs jours, elle ne présentait aucun phénomène douloureux, elle eut brusquement, dans la rue, un très fort vomissement de sang noir, sans syncope, qu'elle évalue à plus d'un litre.

Le vomissement ne se reproduit pas les jours suivants, où elle n'eut rien que des mélénas.

Au bout d'un mois, les douleurs reprirent comme auparavant.

En juin 1912, une nouvelle hématomèse se produisit, encore en dehors d'une crise. Etant au travail, dans les champs, elle eut une sensation brusque de syncope, avec vomissement rouge. *Le lendemain, nouvelle hématomèse rouge*, moins abondante. Transportée à la salle Sainte-Anne, elle y fut mise au repos gastrique absolu. Les hémorragies ne se reproduisant plus, elle quitta le service.

Depuis, l'état gastrique resta stationnaire, mais depuis quatre ou cinq mois elle a remarqué la perte croissante de son appétit et de ses forces.

Le 25 janvier 1913, toujours sans prodromes, une nouvelle hématomèse la surprit en pleine rue, très abondante et rouge, se répétant, avec la même abondance, le lendemain et le surlendemain. Transportée de nouveau à la salle Sainte-Anne, elle y resta quelques jours, puis passe en médecine, pour y demeurer le temps nécessaire pour pouvoir intervenir après cessation de l'hémorragie par le repos gastrique. La malade à ce moment, présente un aspect normal comme coloration et comme embonpoint. Elle a un peu d'œdème des jambes, qu'explique la présence de fortes varices. Elle est assez amaigrée pourtant pour permettre une palpation abdominale très facile et l'exploration des organes sous-diaphragmatiques. Ni douleur, ni point douloureux spécialisé. Léger souffle systolique anorganique. Langue rosée, légèrement saburrale. A la radioscopie, l'estomac entièrement à gauche de la ligne médiane, est coudé à angle droit vers sa partie médiane se divisant en une moitié supérieure verticale à grosse extrémité

cardiaque renflée, et une partie inférieure horizontale, sans étranglement à l'union des deux parties.

13 février 1913. — La malade est renvoyée chez M. Poncet. « Les hématomésés à répétition sont considérées comme l'indication de mettre l'estomac au repos par une gastro. (M. DEVIC) ».

27 février 1913, intervention (M. Leriche). — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On trouve un estomac non dilaté, très vasculaire, violacé, pas de varices, aucune induration ni cicatrice ne peut être relevée, rien au duodénum.

Gastroentéroanastomose postérieure, transmésocolique.

28 février 1913. — La malade a eu une *hématomésé rouge* de 400 grammes environ.

7 mars. — La malade va bien. Les hématomésés ne se sont pas renouvelées.

II. — Résections

OBSERVATION XIII

(M. TIXIER)

B... Pierre, 53 ans, entre salle Saint-Louis, le 20 mai 1908.

Souffre de l'estomac depuis six mois. Sensations de pesanteur après les repas. Vomissements. *Deux vomissements de sang noir caillé, très abondants.*

Les matières ont présenté fréquemment l'*aspect de méléœnas*.

Le malade est très affaibli et anémié.

Première intervention, le 25 mai 1908 (M. TIXIER). — Gastroentéroanastomose postérieure, qui montre un ulcus de la région duodénale à enlever dans une deuxième intervention.

Deuxième intervention, le 2 juillet 1908. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine on éprouve de grosses difficultés à séparer les organes par suite des adhérences.

Gastrectomie. La section gastrique est assez aisée. Une première section duodénale faite au siège ordinaire tombe encore en tissu infiltré et induré. Une deuxième est faite plus loin, et doit alors porter dans le pancréas.

Le 23 juillet 1908. — Les suites ont été simples sans aucun accident. Le malade sort guéri.

Le 23 octobre 1913 (lettre du malade). — Le malade n'a plus eu d'hématémèses ni de mélénas. Les troubles digestifs ont complètement disparu, bien qu'il ait remplacé le lait qui lui avait été recommandé par du vin en quantité notable.

OBSERVATION XIV

(M. TIXIER — M. DEVIC)

G..., 33 ans, manoeuvre, a fait plusieurs séjours à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Devic et dans celui de M. Tixier.

Le malade entre pour vomissements et douleurs gastriques, le 28 juin 1907.

Alcoolisme ancien.

Depuis trois ans, le malade souffre dans la région du creux épigastrique, vomit deux ou trois fois tous les quinze jours à peu près. Les vomissements sont très aigres.

Le malade a peu à peu perdu l'appétit. Depuis ces trois ans, il ne se nourrit presque plus rien que de lait comme le lui a prescrit un médecin qu'il a consulté. Ce régime lui permettait cependant un travail très pénible (faucher, moissonner, etc.) qu'il a dû cesser depuis quinze jours, les douleurs épigastriques devenant intolérables et les vomissements se reproduisant tous les jours, présentant parfois l'aspect du marc de café.

Étant depuis quelques jours à Lyon, et y continuant un régime lacté, il a eu ce matin *un vomissement marc de café*. Jamais de sang rouge dans les vomissements.

A l'entrée, malade très amaigri (son poids est tombé de 64 kilos il y a trois ans à 46 kilos), qui se tord de douleur sur son lit ; aucune position ne lui procure de soulagement.

Pendant l'examen, il a une crise de contracture douloureuse, tétanie véritable des deux mains qui dure cinq à dix minutes. La langue est sèche et saburrale, l'haleine fétide, sensation de soif vive ; le malade ne fait que boire et vomir.

Il eut, pendant l'examen, un abondant vomissement aqueux dans lequel la *recherche du sang a été positive*.

Le malade a vomi depuis le matin plus d'un litre, n'ayant ingéré qu'un demi-litre. Sensation de soulagement après les vomissements qui sont d'une fétidité marquée.

La sonorité gastrique descend à l'ombilic. L'estomac fournit un clapotage très net. La paroi de l'hypochondre gauche est hyperesthésiée.

La palpation réveille une douleur à caractère de transfixion au creux épigastrique, mais ne révèle aucune tumeur perceptible.

Depuis cinq jours, anorexie presque absolue.

2 juillet. — Le malade n'a pas vomi depuis son entrée à l'hôpital.

Pendant les deux premiers jours, il n'a rien eu que des lavements alimentaires et, par la bouche, des fragments de glace à sucer.

Le 1^{er}, le malade a eu un litre de lait et de la limonade vineuse, il s'est levé un peu.

Pas de douleurs spontanées, même après l'ingestion des aliments, sauf à droite et au dessus de l'ombilic.

L'estomac fournit encore un clapotage très net en secouant le malade, ce qui est d'ailleurs douloureux.

Le 4, le malade n'a pas vomi, il souffre toujours beaucoup. Les douleurs ne sont pas calmées par les applications de glace ; il passe en chirurgie.

Le 5, intervention (M. Tixier).

Laparatomie médiane sus-ombilicale. On reconnaît au niveau du pylore, une tuméfaction du volume d'une grosse noix, adhérente au lobe gauche du foie et au pancréas, et entourée de néomembranes péritonéales.

Dans un premier temps, on fait une gastroentérostomie.

Dans un deuxième temps, gastrectomie.

Section de la tranche stomacale, rendue plus difficile par la vascularisation exagérée et par des adhérences dans l'arrière cavité des épiploons.

La section duodénale est rendue très pénible par des adhérences au foie, dont la libération produit une légère hémorragie et par la nécessité de sectionner en plein pancréas ; la section porte cependant encore dans la tumeur. On décolle de nouveau le duodénum du pancréas et on refait une deuxième section duodénale.

Hémorragie considérable. Hémostase longue. Suture en bourse de la section duodénale. Enfouissement. Un point de suture hémostatique au foie.

Examen de la pièce. — La section gastrique a porté, à quatre centimètres de la tumeur. La section pylorique porte à l'union des deux tiers internes et du tiers externe. L'ulcération du diamètre d'une pièce d'un franc, présente en son centre la lumière d'une artériole d'où la pression fait sourdre quel-

ques gouttes de sang. Elle assez souple au toucher et ne présente pas de bourgeon sur sa face péritonéale.

La tranche duodénale, enlevée en un second temps, a en moyenne un centimètre de largeur. La lumière intestinale est très rétrécie, ramenée à un petit doigt par le retrait cicatriciel de tout le bord supérieur.

23 juillet. — Les suites ont été simples sans température ni vomissement. Le 8 juillet, l'alimentation liquide a été reprise, le 15 juillet, on a commencé à donner des purées.

25 juillet. — Le malade a repris l'alimentation normale, il grossit et va tout à fait bien. Aucune sensation douloureuse gastrique. Poids, 49 kilos. Il retourne dans le service de M. Devic.

2 août. — Quitte le service de M. Devic. Poids, 55 kilos.

Janvier 1908. — Le malade revient se montrer. Très bon appétit. Digestions faciles. Bon état. La radioscopie montre un grand estomac qui réagit bien et se vide par la bouche créée.

14 mai -910. — Le malade revient se montrer : teint superbe. Mange, digère et travaille régulièrement.

13 mai 1912. — Le malade revient à la visite. De temps à autre, au cours de ces dernières années, il a éprouvé des douleurs gastriques assez vagues, en dehors de l'alimentation, avec sensation de plénitude gastrique.

Ni hématémèse, ni mélœna.

Le 22 octobre 1913 (lettre du malade). — Quoique n'ayant, suivi aucun traitement et buvant assez abondamment, le malade n'a éprouvé que des troubles digestifs vagues, très espacés. Ni hématémèse, ni mélœnas.

OBSERVATION XV

(MM. DEVIC et LERICHE)

C... Marie, 44 ans, femme de ménage. Entrée pour la dernière fois à la salle Sainte-Anne, le 18 novembre 1912.

La malade fait plusieurs séjours dans le service de M. Devic, depuis novembre 1907.

Premier séjour : Du 26 octobre au 13 décembre 1907.

Les troubles gastriques ont débuté à 22 ans et n'ont jamais cessé jusqu'à 37 ans, irréguliers, par périodes de trois ou quatre jours.

Etat nauséux et efforts de vomissements avant et après les repas.

L'appétit est conservé, la malade mange beaucoup, sauf en période de crise où elle s'abstient car elle vomit tout.

De 22 à 37 ans, crises à peu près tous les mois, sans amaigrissement ni perte d'appétit, mangeait bien, en évitant toutes les aliments acides et le vin.

Sensation de constriction épigastrique sans douleur ni brûlure. Pas de vomissement en dehors des crises. Jamais d'hématémèse, ni de mélœna. N'a jamais interrompu le travail. Pour tout traitement, la malade n'a pris que du sel de Vichy, sans en remarquer aucune amélioration.

Depuis deux ans, les troubles ont disparu, mangeait de tout, buvait du vin.

Il y a huit jours, les nausées et les efforts de vomissements recommencèrent.

La malade se met spontanément à la diète, ne tolérant rien. Ne souffre pas en dehors des efforts.

Le 24 octobre 1907, après des efforts, elle rejette un litre de sang rouge.

Le 25, selle spontanée, couleur de goudron.

Le 26, un lavement à 48° a ramené des matières noires.

La malade ne souffre pas, pâle, embonpoint suffisant. Langue sèche, saburrale, haleine fétide. Pas de vomissement depuis l'entrée, ventre très déprimé. Palpation légère indolore. douleur exguise à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic.

Pouls à 100, tension faible.

Le 28. — La malade n'a eu que des lavements chauds. Elle a sucé de la glace. Pas de souffles anémiques.

Le 30. — La diète absolue est continuée.

Depuis deux jours, la malade a eu six lavements alimentaires qu'elle a gardés.

Le 11 novembre 1907. — Ces derniers jours, la malade, en plus de ses trois lavements alimentaires a reçu un litre et demi de lait et de bouillon maigre. La langue est toujours un peu saburrale. Le teint n'est pas plus coloré. Les selles sont spontanées. Aucun point douloureux ni rénitent à la palpation de l'abdomen. Elle a eu ses règles à l'époque.

Les lavements alimentaires sont supprimés. La malade reçoit des potages à la crème de riz.

Elle a eu deux syncopes la semaine dernière, léger souffle systolique au foyer pulmonaire.

25 novembre 1907. — La malade se lève, se nourrit un peu, ne souffre pas. Aucun point douloureux provoqué.

A la radioscopie, estomac vertical, qui paraît abaissé, se dilatant bien à l'insufflation, un peu irritable, le passage du tube provoque quelques renvois qui ne suffisent pas à vider l'estomac. Après ingestion de bouillie bismuthée on voit un estomac en poire, l'extrémité inférieure est la plus petite, mais on ne peut pas dire estomac biloculaire, car on ne voit pas de zone resserrée.

27 novembre 1907. — Une nouvelle radioscopie est pratiquée après ingestion d'un repas d'épreuve, pour surveiller la marche d'une capsule de baudruche remplie de sel de bismuth. La capsule est arrêtée au niveau du rétrécissement stomacal, siège de l'ancien ulcère.

Nouveau séjour, le 11 juillet 1908. — Poids, habillée : 50 kilos 6.

Les troubles ont recommencé depuis un mois.

La malade était sortie en bon état, pesant 58 kilos, depuis elle s'est alimentée de viandes blanches et de lait. Depuis un mois, l'appétit a considérablement diminué ; des vomissements sont revenus, glaireux, non alimentaires, irréguliers, sans relations avec les repas.

Langue saburrale, pas de clapotage, pas de succussion.

Tympanisme gastrique dans toute la zone de Traube, remontant à deux travers de doigt sous le mamelon gauche.

Matières dures quotidiennes.

Depuis son entrée, la malade a eu un vomissement glaireux dans le service.

Troisième séjour, 9 décembre 1911. — Bon état jusqu'il y a quinze jours. Plus de vomissements.

Depuis quinze jours, deux vomissements et anorexie marquée. Douleurs épigastriques et ombilicales, irradiées aux hypochondres.

A la radioscopie, l'estomac ne présente rien d'anormal à jeun.

Après l'ingestion de bouillie bismuthée, on voit un estomac biloculaire, vertical, à deux poches réunies par une partie qui apparaît en un petit filet noir. Le bas-fond de la poche inférieure est à deux travers de doigt au-dessous de la ligne biliaire.

Le 18 janvier 1912, la malade part à l'asile de convalescents.

Quatrième séjour. — Le 2 mai 1912, la malade, qui était en très bon état, se remit à vomir ses aliments. Aucun autre signe. Le premier vomissement vint-il y a huit jours ; quatre jours après, la malade, après quelques efforts de vomisse-

ment, rejette environ *un bol de sang noir caillé*, mélangé de très peu d'aliments. Le soir, elle prend un potage et un œuf. Dans la nuit, elle eut une syncope avec *un nouveau vomissement en caillots et des selles de mélæna*.

Le lendemain, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Dans la nuit du 2 au 3, étant dans le service, elle a *une nouvelle hématomèse rouge*, sans prodromes, de 300 grammes.

Le pouls est à 116.

La malade se remonte un peu dans la journée. Elle est encore très pâle, muqueuses décolorées, pouls à 96, assez tendu. Température : 37°2. Elle a des souffles anémiques jugulaires et cardiaques. Elle est alors montrée à M. Leriche, qui juge l'intervention d'urgence inutile, aucun symptôme d'hémorragie interne n'existant. Elle est mise au repos absolu, glace sur le ventre, lavements chauds, fragments de glace à sucer.

Les jours suivants, la malade reçoit 500 grammes de sérum tiède quotidiens.

Le 3, le pouls est à 100. La malade a des mélæna.

Le 4, le pouls est à 100. Aucune réaction péritonéale ; pas de souffle oculaire, murmure veineux continu. Pas de soif vive.

Les 4, 5 et 6, la malade reçoit 500 grammes d'eau sucrée par la bouche. Trois lavements quotidiens de sérum tiède qu'elle garde assez longtemps, mais qui ressortent, présentant l'aspect de suie délayée.

Le 9, les lavements présentent toujours le même aspect à l'évacuation. 500 grammes de sérum quotidiens. L'eau sucrée est remplacée par un demi-litre de café au lait très sucré.

Le 19, les matières sont, pour la première fois, normales. Depuis le 16, la malade prend un litre et demi de lait et deux potages.

Le 25, radioscopie à 8 heures.

A jeun : diaphragme horizontal, un peu de gaz dans l'estomac.

Après ingestion de soupe bismuthée, la partie supérieure se remplit, puis, lentement, le fundus et l'antrum. On voit une encoche très marquée dans la portion verticale, région moyenne, plus nette sur la grande courbure. Cette encoche ne s'efface pas aux contractions.

À midi, le bismuth est en grande partie évacué, le fundus est encore seul visible.

Le 1^{er} juin, la malade a depuis deux jours de la viande hachée et des purées.

Le 7 juin 1912. La malade est entrée salle Sainte-Anne, le 4.
Intervention (M. Leriche). — Incision médiane de dix centimètres ayant son milieu à l'ombilic. Rien d'anormal dans la région pyloroduodénale.

Sur la partie verticale de la petite courbure, on trouve un point induré, cartonneux ; il s'agit évidemment d'un ulcère ; on l'enlève largement entre des clamps, puis l'estomac est suturé.

D'autre part, à la partie moyenne, l'estomac est très nettement biloculé : sur quatre ou cinq centimètres, il n'a guère que le volume d'un doigt.

Au lieu de la gastroentéroanastomose projetée, on pratique alors une gastro-gastroanastomose au bouton.

Les suites opératoires furent simples et l'amélioration immédiate est très notable.

La malade retourne chez le docteur Devic, le 9 juillet : à la radioscopie, on constate que l'estomac s'évacue parfaitement et que le bouton se trouve sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Le 7 novembre 1912, nouveau séjour. — La malade a quitté le service le 28 septembre 1912, en très bon état, ne souffrait et ne vomissait pas. Poids : 54 kilos, mais pas d'appétit. Elle a repris son travail.

Un matin, elle éprouve une sensation de malaise général, sueurs, faiblesse.

Rentrée chez elle, elle vomit « de l'eau et des glaires ». Depuis ce jour, deux fois par semaine, vers deux heures de l'après-midi, elle a des vomissements, de la valeur d'un bol, purement alimentaires. Jamais de sang, ni de douleurs.

Anoxerie persistante, diarrhée.

Le 19 novembre, la malade retourne salle Sainte-Anne. La diarrhée a disparu.

L'examen à la radioscopie fournit sensiblement le même aspect qu'après l'intervention.

Le 23 novembre, laparotomie (M. Leriche). — Incision ordinaire sus-ombilicale. A l'incision du péritoine, on se trouve en présence d'une masse épiploïque cachant la face antérieure de l'estomac, adhérente à la paroi abdominale.

On tente quelques manœuvres de décollement qui font saigner abondamment.

Devant l'épaisseur et la résistance de ce tablier épiploïque, il semble impossible de faire une gastroentéroanastomose.

D'autre part, l'estomac, autant qu'on peut en juger, n'apparaît pas dilaté.

On place deux mèches et on referme la paroi.

27 novembre. — Les mèches sont enlevées.

12 décembre. — Retourne chez le docteur Devic. Elle va mieux : les troubles gastriques se sont très améliorés. On a commencé à lui enlever une série de dents et de racines cariées, pour mettre en place un appareil.

11 juin 1913. — Revient pour se faire radioscopier.

15 octobre 1913. — Revient se montrer. Va bien, a beaucoup engraisé, ne souffre d'aucune façon.

III. — Exclusions

OBSERVATION XVI

(MM. BÉRARD et COTTE)

(*Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, t. XVI, n° 4, p. 175.)

D... Jean, 42 ans, entre dans le service de M. Bérard, le 24 mars 1913.

Le malade entre une première fois pour troubles gastriques datant de quatre ou cinq ans. Crises douloureuses à intervalles irréguliers avec irradiations dorsales et parfois de petits vomissements.

Ces troubles, d'ailleurs légers, sont mis sur le compte d'une petite hernie au niveau de la ligne blanche sus-ombilicale, siège où se trouvaient d'ailleurs les seules douleurs provoquées par la palpation, douleurs même à irradiations dorsales.

Intervention le 16 janvier (M. Bérard). — Au cours de laquelle l'estomac fut examiné, il ne présentait rien d'anormal. La hernie est réduite. Fermeture de la paroi à deux plans. Guérison.

Quinze jours après son opération, le malade quitte l'hôpital, ne souffrant plus, mais amélioration de courte durée. Deux ou trois semaines plus tard, en effet, le malade eut de violentes douleurs à l'estomac et, en même temps, apparurent de petites hémorragies qui se manifestèrent à l'extérieur sous forme d'hématémèses et de mélena.

Cet état allant en empirant, le malade revient le 23 mars 1913.

Intervention le 27 mars 1913 (M. Cotte). — Laparotomie mé-

diane sus-ombilicale. Au niveau de la deuxième portion du duodénum, sur sa face postérieure, un ulcère calleux ayant les dimensions d'une pièce de deux francs environ. Celui-ci adhéraient fortement aux plans profonds et il était impossible d'en faire l'exérèse. On se contente donc de faire l'exclusion du pyllore et du duodénum en sectionnant et en suturant à trois plans l'estomac au niveau de l'antrum pylorique.

Suites simples : le malade quitte le service le 30 avril 1913.

Le 21 juillet 1913, le malade revient parce qu'il a maigri beaucoup. Il souffre de l'estomac, il a eu quelques vomissements, mais n'a présenté ni hématomésés ni méloena. Le malade attribue le retour des troubles au travail forcé et aux écarts de régime qu'il a faits dans ces derniers temps. Après quelques jours de repos, son état s'améliore. Malgré cela, M. Cotte intervient dans le but d'enlever, si possible, l'ulcère qui a été primitivement exclu, et pour s'assurer qu'il n'y a pas de lésions surajoutées.

Intervention le 22 juillet 1913. — On constate l'existence de nombreuses adhérences périgastriques, qu'on libère. L'ulcus duodénal est nettement diminué, pas d'ulcus sur l'anse anastomosée. La bouche de gastro est largement perméable.

Le 1^{er} novembre 1913 (lettre du malade), quelques vomissements jaunâtres, simplement amers.

Pas d'hématémèse, ni de méloena.

Le malade a repris complètement l'alimentation normale.

OBSERVATION XVII

(M. VILLARD)

C... François, 54 ans, entre salle Saint-Joseph, le 30 juillet 1912.

Souffre de l'estomac depuis quinze ans.

Forte hématomésèse il y a un an, depuis laquelle la réaction de Weber a toujours donné un résultat positif.

Nouvelle hématomésèse très abondante, il y a trois semaines. Le malade se décide à entrer le 30 juillet, dans un état d'anémie extrême avec un aspect d'hémorragie occulte continue.

Intervention le 31 juillet 1912. — Laparotomie sus-ombilicale. Infiltration graisseuse de l'épiploon et de l'intestin.

Cicatrice indurée, blanchâtre dans la région duodénale du pyllore ; induration très nette.

Section de l'estomac entre deux clamps près du pyllore ;

suture des deux tranches réalisant l'exclusion de la région juxtapylorique.

Gastroentéroanastomose postérieure à la suture.

Le 3 août, le malade, qui avait été bien le premier jour, a présenté depuis des vomissements bilieux répétés. On hésite à faire une jéjunojéjunostomie complémentaire. Le pouls est à 120, sans température.

Le 4 août, les vomissements cessent.

Le 5 août, on commence une alimentation liquide.

Le 20 août, le malade part en bon état.

Le 1^{er} novembre 1913, le malade a été revu récemment. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XVIII

(M. VILLARD et M. DEVIC)

S... Frédéric, 50 ans, entre salle Saint-Joseph, le 3 avril 1913

Souffre de l'estomac depuis seize ans.

Le malade est envoyé d'un service de médecine où il est entré le 25 février, *pour hématomésés noires répétés.*

Il présentait depuis longtemps des douleurs épigastriques avec sensation de transfixion presque continues, avec exacerbation après les repas et pour certains mets épicés. Renvois acides. N'a jamais vomi, ni eu de selles noires avant la première hématomésé.

La première hématomésé date d'un an.

La deuxième s'est produite huit jours avant son entrée.

La troisième, la veille de son entrée en médecine.

Elles ont été très abondantes.

A l'examen, le malade est pâle et amaigri, les muqueuses décolorées.

L'abdomen est plat et souple. Aucune tumeur épigastrique, mais la palpation est douloureuse, surtout à droite.

L'estomac donne un clapotage très net, bien que le malade soit à la diète absolue depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Pas de péristaltisme.

3 avril, intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'examen de l'estomac montre deux ulcères nets en évolution, un dans la région pylorique, l'autre sur la petite courbure, plus près du cardia que du pylore.

Exclusion du pylore et de toute la petite courbure réalisant

l'exclusion de toute la moitié droite de l'estomac, délimitée par une diagonale du cardia au pylore.

Fermeture des deux bouts suturés. -

Gastroentéroanastomose postérieure à la suture.

15 avril, bonnes suites. La température, quelques jours à 38°, est redescendue à 37°. Bon état général, s'alimente facilement.

21 avril, bon état, quitte le service.

23 octobre 1913 (lettre du malade). — Plus de troubles digestifs, ni de vomissements, ni d'hématémèses, ni de mélæna. A engraisé de 14 kilos.

OBSERVATION XIX

(MM. VILLARD et DEVIC)

D... Annette, 45 ans.

Entre salle Gensoul, le 13 mars 1913.

La malade entre le 3 mars 1913 dans le service de M. le docteur Devic.

Envoyée pour hématémèses répétées datant de huit jours qui ont réalisé une vraie saignée, la malade entre dans un état d'anémie très intense.

Depuis six à huit ans, éthylisme léger, un à deux litres de vin avec, peu à peu, trois ou quatre absinthes quotidiennes dans le but de soigner les troubles gastriques apparus alors.

Sensation de pesanteur et brûlure une à deux heures après les repas. Renvois acides, ni anorexie, ni vomissements, ni mélæna.

La malade associe pour se traiter de fortes doses de bicarbonate de soude, de vin et d'absinthe.

Les symptômes s'exagèrent peu à peu et depuis un mois les douleurs ont nettement un caractère de transfixion, avec irradiation dans toute la région dorsale durant toute la journée.

Pas de vomissements alimentaires dans la journée. Pituite matutinale. Anorexie marquée.

Il y a quelques jours, après avoir pris une purgation : *pâleur brusque, syncope et hématémèse rouge*, non mélangée d'aliments.

Le soir, se lève un peu, mange un œuf. Selles noires, pas de douleurs.

Deux jours après, prend une nouvelle purgation ; l'après-midi, étant couchée, a une nouvelle syncope *suivie de rejet abondant de sang rouge avec caillots*, sans aliments.

Un médecin appelé l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, la malade est très pâle, un peu jaune paille, muqueuses décolorées.

L'abdomen est souple, la palpation facile, ne révèle aucun point douloureux net.

La pression est un peu douloureuse dans toute la région périombilicale.

Pas de tumeur perceptible.

La langue est saburrale, humide.

Les matières contiennent du sang.

Souffle jugulaire très net à droite, souffle oculaire intense.

Devant l'anémie et l'hémorragie persistantes, la malade est envoyée en chirurgie pour être opérée d'urgence après un repos stomacal de dix jours.

Elle y arrive très affaiblie, facies cireux, état d'anémie extrême, souffles jugulaires et oculaires très nets. La réaction de Weber n'a pas cessé d'être positive.

Intervention le 15 mars. — Laparotomie médiane, le sang est pâle, lavé, rose clair.

Après l'ouverture du péritoine, on trouve les lésions suivantes : en dehors de la veine pylorique, c'est-à-dire nettement du côté du duodéal, on trouve sur la face antérieure une petite tache blanche arrondie, et un peu en dessous, une cicatrice blanche étoilée d'ulcère.

Dans un premier temps, on fait une gastroentéroanastomose postérieure à la suture.

Dans un deuxième temps, on fait une exclusion du pylore à deux plans de suture séroséreux.

3 avril. — La malade fait une phlébite à la jambe droite et est mise en gouttière. Deux escarres fessières se forment qui guérissent vite.

9 mai. — La malade quitte le service guérie tout à fait, ne ressentant plus rien, en très bon état.

23 octobre (lettre de la malade). — Aucun trouble digestif, ni vomissements, ni hématomèse, ni méloëna. A beaucoup engraisé.

OBSERVATION XX

(M. LERICHE)

B... Pierre, 50 ans, entre dans le service du professeur Poncet, le 3 septembre 1913.

Le malade est envoyé de la salle Sabran (médecine), où il

a fait deux séjours, le premier du 30 août au 2 septembre 1912. Le second du 7 août au 3 septembre 1913.

Premiers troubles digestifs il y a quinze ans.

Pesanteur après les repas, digestions lentes avec régurgitations acides. Jamais de vomissements au début. Constipation, appétit normal.

Il y a deux ans, recrudescence de l'affection. Après les repas, pesanteur, puis brûlures terminées par un vomissement cinq ou six heures après le repas. L'ingestion des aliments calme un peu ces douleurs, très fortes à jeun.

Actuellement, les douleurs sont devenues de plus en plus intenses. L'appétit a diminué. Le malade ne prend rien que des liquides. Vomit au moins trois fois par semaine. A reconnu souvent des aliments absorbés trois jours avant. Pas d'hématémèses, mais depuis quelques jours les vomissements étaient nettement sanglants.

A l'entrée, maigre, anémié, a perdu 15 kilos dans ces dernières années. Depuis trois jours qu'il est à la salle Sabran, a présenté une crise particulièrement douloureuse.

Hier, il a vomi un demi-litre environ d'un liquide noirâtre, hématique.

A l'examen, langue saburrale, peu d'appétit. Resté à jeun pour un pompage stomacal se plaint de souffrir beaucoup. On évacue 500 centimètres cubes d'un liquide noirâtre, sans débris alimentaires, sensation de soulagement.

A la palpation de l'estomac qui descend assez bas, pas de points douloureux. Légère diarrhée. Selles noires depuis plusieurs jours.

L'examen radioscopique montre que l'estomac se vide complètement en cinq heures.

Le 2 septembre. — Passe en chirurgie.

Le 3 septembre. — A l'entrée, le malade présente une crise douloureuse très intense, mais il n'a pas eu de vomissements de sang depuis un jour ; il est mis au repos absolu avec de petites doses de pantopon.

Le lendemain, état stationnaire, mais l'estomac est un peu en tension, sensible à la palpation. On prescrit des lavements chauds.

Le 16 septembre. — *Vomissements très abondants de liquide noirâtre*, puis quatre jours d'amélioration pendant lesquels le mélena reste presque toujours constant.

Au dixième jour, *vomissements très abondants et doulou-*

reux de liquide noir ; précédés d'une crise de péristaltisme très intense.

L'amaigrissement est à ce jour de 21 kilos.

Le 15 septembre, devant la persistance de l'hémorragie, on décide l'intervention.

Intervention (M. Leriche). — Laparatomie sus-ombilicale médiane. L'estomac est dilaté, mais ne présente aucune trace d'ulcère, ni sur la face antérieure, ni sur les courbures, ni dans l'arrière cavité, qui est complètement libre.

Par contre, à deux travers de doigt du pylore, on trouve un ulcère calleux de la première portion du duodénum, qui est complètement fixée.

L'exclusion du duodénum est faite, la section portant au niveau de l'antra, chaque tranche de section étant fermée à trois plans.

Gastroentéroanastomose postérieure au bouton.

Suites opératoires. — Le troisième jour, le malade va à la selle et a des selles noirâtres qui représentent évidemment la fin de l'évacuation de l'hémorragie précédente, ces selles noires ne se reproduisant pas.

Un lavage d'estomac, fait le soir de l'opération, a ramené du liquide à peu près clair. Ces lavages sont répétés quotidiennement jusqu'au troisième jour, donnant du liquide de plus en plus clair.

Le huitième jour, le malade étant dans un parfait état, sans température, avec des selles normales, on fait reprendre l'alimentation, ce qui amène, le soir, une crise d'hyperchlorhydrie très violente, mais sans mélena. Elle cesse après un lavage d'estomac. A partir de cette date, amélioration progressive.

Le 6 octobre, le malade est renvoyé en médecine.

Le 18 octobre, le malade n'a plus souffert, mange beaucoup, digère bien, selles normales. Poids augmente. A la radioscopie, la poche se vide très bien par la gastro.

OBSERVATION XXI

(M. LECLERC et M. VILLARD)

Jeune fille, 24 ans.

Souffre de l'estomac depuis très longtemps. Le père a été également porteur d'un ulcère de l'estomac.

Les douleurs revenaient par crises fréquentes et violentes, avec vomissements et diarrhée.

Les dernières crises datent du mois d'août 1911 et mars 1912. *Un examen des matières fait à ce moment, et répété dans la suite, a révélé la présence de sang constante, mais en quantité variable.*

Consulte alors le docteur Leclerc, qui prescrit le repos au lit et le régime lacté pur.

Les douleurs persistent néanmoins, très fortes, survenant après les repas et consistant en brûlures à la région épigastrique, avec sensations de transfixion.

La faiblesse et l'anémie étaient déjà telles alors que la malade aurait été incapable de se lever. Elle est mise alors à la privation complète d'aliments, ne recevant que de petits morceaux de glace à sucer.

La faiblesse était telle alors qu'elle n' a « conservé aucune notion de ce moment et qu'elle ne peut dire même si elle souffrait ».

Le docteur Villard, appelé, propose une intervention. Une légère remission survient alors, qui fait hésiter la malade. Puis, des périodes de remission et de recrudescence se succèdent jusqu'en février 1913, où l'état est tellement défectueux que l'opération s'impose. Les douleurs avaient persisté, ainsi que l'amaigrissement, la pâleur et *des hémorragies intestinales petites, très souvent occultes.*

Le 1^{er} novembre, intervention (M. Villard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère dans la région pyloro-duodénale, à la partie supérieure de l'intestin. Adhérences modérées.

Exclusion large du pylore avec gastroentéroanastomose postérieure à la suture.

Les suites furent simples et normales.

Quatorze jours après, la malade recommençait peu à peu le régime normal sans inconvénient.

A l'époque actuelle, la malade est très satisfaite des résultats de son opération. Elle a repris 15 kilos sur les 25 qu'elle avait perdus.

OBSERVATION XXII

(M. TIXIER)

B... Marie, 28 ans, entre salle Saint-Paul en mars 1913.

La malade entre pour hématomèse.

Souffre de l'estomac depuis huit mois. Régurgitations acides

très fréquentes. Vomissements répétés où elle reconnaît des aliments ingérés trois ou quatre jours auparavant.

Il y a deux jours, la malade a eu, sans prodromes, *un abondant vomissement de sang noirâtre*, sans caillots.

A l'entrée, malade pâle et amaigrie ; elle a perdu 15 kilos en trois mois.

Perte complète de l'appétit. Les muscles de la paroi abdominale sont continuellement en contracture. On note un point très douloureux à gauche dans l'angle costo-vertébral. *La réaction de Weber aux selles est très fortement positive*. Ni clapotage, ni péristalisme.

A la radioscopie : après l'ingestion de soupe bismuthée, l'estomac apparaît nettement biloculaire.

Intervention le 17 avril (M. Tixier). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On note une péritonite plastique très marquée, tout le péritoine de la région sous-hépatique est rouge. La petite courbure indurée fait corps avec le lobe gauche du foie. Il y a un ulcère en pleine évolution.

On se décide à séparer les deux organes et on isole ainsi un pont gastrohépatique, où on trouve sur la face antérieure de la petite courbure une perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, qui adhère également au pancréas.

« Une excision, qui serait l'idéal, serait très dangereuse, on enfouit la perforation sous trois rangs de sutures étagées. » Gastroentérostomie postérieure à la suture vers le cardia le plus loin possible de l'ulcère.

24 juin 1913. — Les suites ont été normales, la malade sort en bon état.

30 octobre 1913 (lettre du malade). — Plus de troubles digestifs, ni d'hématémèses, ni de mélénas. Un seul vomissement bilieux quarante-cinq jours après l'opération. La malade, qui n'a suivi aucun traitement, ni régime depuis, se dit complètement rétablie et a engraisé de 18 kilos.

IV. — Jéjunostomies

OBSERVATION XXIII

(M. VILLARD)

F... Marguerite, 22 ans, entre dans le service, salle Gensoul, le 2 août 1908.

La malade souffre de l'estomac depuis cinq ans.

Douleurs vives dans la région épigastrique avec irradiations

dans le dos. Les douleurs surviennent environ deux heures après les repas. Elle n'a jamais vomi. Elle a été soignée jusqu'ici par des toniques, des préparations ferrugineuses sans jamais avoir mis son estomac au repos.

Le 27 juillet, la malade éprouve une grande sensation de faiblesse et après quelques efforts de vomissements, *rejette une grande quantité de sang noir avec des caillots.*

Le lendemain, deuxième hématemèse, rouge cette fois, de quantité inconnue, avec selles noires, poisseuses, à aspect de mélœna.

La malade entre dans le service dans un état d'anémie très marquée. Pâle, véritablement exsangue, les lèvres décolorées. Aucun point douloureux spécial n'est relevé à l'examen.

Injectons de sérum artificiel.

Le 3 août, le mélœna persiste.

Le 4 août, intervention d'urgence. Le sang, pâle et fluide, tache les compresses en rose.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. L'estomac apparaît immédiatement, distendu. L'examen y montre deux ulcères révélés seulement par l'épaississement du péritoine à leur niveau, d'aspect nacré avec brides étoilées à la périphérie. L'un siège à la petite courbure face postérieure, près du cardia, l'autre est justapylorique.

Une seule adhérence en pont entre deux points de la surface de l'estomac, facilement rompue.

Jéjunojéjunoanastomose et jéjunostomie.

On pratique une jéjunojéjunoanastomose au bouton dans les premiers centimètres du jéjunum, suivant le duodénum, avec abouchement à la paroi du segment d'anse plissé en gouttière et dans lequel on passe une sonde.

Le 5 août, le mélœna persiste. Selles diarrhéiques. La sonde fonctionne bien. Pouls à 120,

Le 7 août, les selles sont moins noires. Pouls à 120.

Le 10 août, les selles sont normales, la malade se recolore, les forces reviennent, pas de température. La malade prend deux litres de lait et plusieurs œufs. Assez agitée. Pouls à 120.

Le 11 août, la malade a été assez agitée dans la nuit, mais calmée par une injection de morphine. La sonde fonctionne très bien. La température descend en lysis. Le pouls est à 120. On enlève les agrafes.

Le 12 août, la malade a de la température. Le ventre est ballonné. Etat grave.

Très agitée. Soif intense.

Le 13 août. — Mort.

Autopsie. — On trouve le bouton découvert, ne tenant plus qu'à l'anse jéjunale proximale (il a été détaché par la formation d'une ulcération peptique) et, dans le péritoine, 100 grammes de liquide alimentaire.

L'estomac présente sur sa face antérieure une plaque ecchymotique noirâtre et des arborisations capillaires, mais ce ne sont là que des phénomènes cadavériques. On ne retrouve pas trace des ulcérations constatées à l'intervention. Il s'agit certainement non d'un ulcère de Cruveilhier, mais d'une lésion se rapprochant de l'exulceratio simplex dont la guérison a été très rapidement amenée par la mise au repos de l'estomac.

OBSERVATION XXIV

(M. TIXIER et M. DEVIC)

C... Marie, 34 ans, ouvrière en soie, entre dans le service de M. Devic, le 16 mars 1908, passe en chirurgie, service de M. Tixier, le 11 avril 1908.

La malade entre pour hématemèse et mélæna.

A éprouvé les premiers symptômes le 4 janvier 1908, mais depuis trois semaines, les digestions étaient devenues de moins en moins faciles, les douleurs épigastriques se sont précisées, accompagnées de quelques vomissements de liquide clair, non alimentaires. Les douleurs sont survenues en une crise, à siège épigastrique, sans localisation précise ni sensation de transfixion, avec tendance à la généralisation à tout l'abdomen. Elles durent de dix à quinze minutes, se répétant à une demi-heure d'intervalle pendant trois jours et trois nuits. La malade ne peut, à ce moment, supporter aucun aliment, le fait même, subissant un rejet brusque et douloureux.

Le 7 janvier, tout se termine par une douleur plus violente, avec hématemèse bien caractérisée et mélæna.

Les douleurs se reproduisent ensuite tous les dix jours, suivies une fois sur deux de mélæna et à cinq reprises d'hématémèses de quantités inconnues.

Les rares vomissements non hématiques eurent toujours un goût acide.

L'appétit disparaissait à chaque crise pour reparaître ensuite. La malade n'a jamais mis son estomac au repos, se bornait à prendre une alimentation liquide pendant quatre ou cinq jours.

L'état général s'est rapidement modifié.

Amaigrissement, perte de forces rapides. La malade ne travaille plus depuis le début de janvier.

La dernière hématémèse date d'avant-hier soir, à sept heures.

A l'entrée. — Femme pâle, presque syncopale, voix faible, paupières tombantes, aucun mouvement. Pâleur extrême, muqueuses décolorées, extrémités froides. Dyspnée anémique.

Souffles à l'auscultation des jugulaires, souffles oculaires.

Pouls, pas très faible, bat à 98.

Température : 37°8.

L'abdomen est flasque, étalé, sonore partout.

La région épigastrique est seule douloureuse à la pression et même à la palpation à main large.

17 mars. — Un peu de résistance dans l'hypocondre droit que dans le gauche. Le point le plus douloureux est à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

A l'auscultation du cœur : souffle systolique très léger, existant partout avec prédominance au foyer pulmonaire. Murmure veineux jugulaire, souffles oculaire et temporal très net.

Le rythme cardiaque est très accéléré.

La malade ne reçoit rien que des petits fragments de glace à sucer.

Trois lavements alimentaires de 250 grammes.

La malade a un vomissement bilieux de 100 grammes.

23 mars. — Les vomissements sont toujours répétés, verdâtres. La température reste autour de 38. La malade a très soif. Aujourd'hui, sur ses instances, elle reçoit un peu de limonade.

27 mars. — Un litre de lait, bien supporté. Deux lavements alimentaires pour la dernière fois.

30 mars. — *A partir d'aujourd'hui seulement, les lavements ressortent clairs.*

La malade a un litre et demi de lait par jour, de la limonade et de la glace.

La malade est encore très pâle. Langue saburrale, elle est moins anémiée. Les forces reviennent, elle parle et remue dans son lit. Souffle oculaire, à peine perceptible.

6 avril. — Plus de vomissements depuis quatre jours. Elle s'alimente avec un litre et demi de lait et trois potages à la crème de riz. Selles quotidiennes, non suspectes de sang.

10 avril. — *Nouvelle hématémèse ce matin, assez abondante, avec caillots.*

Pâle, pouls rapide à 100.

Transportée en chirurgie dans le service de M. Tixier.

11 avril. — Opérée d'urgence, vu l'état d'anémie extrême (M. Tixier).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Exploration rapide de l'estomac, qui montre de la périgastrite au pylore, siège probable de l'ulcère.

Les premiers centimètres de l'anse jéjunale sont attirés au dehors.

Jéjunostomie par le procédé de Fontan-Witzel, très rapide. L'intervention complète, temps de pansement compris, n'a pas duré vingt-cinq minutes.

La malade reste douze heures sans rien prendre, sauf 600 grammes de sérum sous-cutané et un lavement de sérum tiède.

Elle fut ensuite nourrie de lait par la sonde pendant quatre semaines, une tasse toutes les demi-heures, et, la nuit, une tasse toutes les deux ou trois heures.

L'alimentation est reprise par la bouche le 4 mai, en donnant un verre toutes les six heures. Le reste du lait est donné par la sonde que l'on ne place que pour la nourriture.

Le 10 mai, la malade fait une phlébite à la jambe gauche et est placée en gouttières.

L'alimentation est continuée : lait par la bouche et par la sonde, lavements de sérum (600 gr. par jour). Urines quotidiennes : 3 litres.

Le 13 mai, indigestion le matin, après ingestion de lait, on reprend l'alimentation exclusive par la sonde, pour vingt-quatre heures.

Le 15 mai, la malade va mieux, repose bien, l'œdème de la jambe diminue, l'alimentation est reprise progressivement par la bouche.

Le 22 juin, la malade est en bon état. Plus de troubles gastriques. Elle part, malgré les conseils et l'avis, en particulier, de passer en médecine pour un sommet douteux.

Deuxième séjour. — 1^{er} novembre 1908. — La malade revient pour faire fermer sa fistule qui laisse s'écouler un peu de bile.

Depuis sa sortie, elle ne s'est alimentée que par la bouche : alimentation normale.

Etat général meilleur, mais l'état du poumon gauche, dont le sommet paraît douteux, inspire quelques inquiétudes.

9 novembre, intervention (M. Tixier). — Laparotomie sus-ombilicale médiane, après avoir circonscrit la fistule par une collerette de peau. On entre dans le péritoine au niveau du foie, libre, sans adhérences.

Au-dessous, adhérence à la paroi de l'épiploon du côlon transverse et de l'anse jéjunale sur cinq à six centimètres. Libération progressive complète. L'anse jéjunale est mobilisée, accolée à elle-même sur huit centimètres, en canon de fusil.

La bouche fistuleuse est élargie et est employée comme bouche gastrique pour une gastro entérostomie postérieure. L'anse jéjunale est suturée à la paroi postérieure.

L'estomac a paru relativement sain.

On note seulement un magma d'épiptoite au niveau du pylore, indiquant probablement un ulcère.

Fermeture.

17 décembre. — Les suites ont été normales, la malade est en bon état gastrique.

Elle passe en médecine parce qu'elle tousse beaucoup et a une diarrhée abondante.

19 décembre. — La malade quitte le service de M. Devic, malgré tous les avis.

Morte le 28 décembre.

OBSERVATION XXV

(M. LERICHE)

Homme, 45 ans, entre en avril 1909, au service du professeur Poncet.

Le malade, alcoolique avoué, entre en médecine pour troubles digestifs, au mois de décembre 1908.

Le diagnostic porté est celui de tumeur infiltrée. La radioscopie montre un petit estomac contracté.

Etant dans le service de médecine, il présente *deux hématomèses à huit jours de distance*. Diète absolue.

Le malade est alors montré à M. Leriche, en vue d'une intervention.

Teint de néoplasme grave. Muqueuses décolorées qui font penser à une hémorragie interne continue. Estomac non dilaté. Douleurs à la pression à droite et sous les fausses côtes. Mais l'état général reste assez bon, ce qui décide M. Leriche à laisser « refroidir » la lésion, quitte à l'opérer d'urgence au besoin.

13 avril 1909. — Aucune nouvelle hématomèse, intervention (M. Leriche). — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Estomac normal, très congestionné.

Enormes veines sous-muqueuses, très nombreuses et turgi-

des. Rien au pylore. Rien au duodénum. La vésicule, le foie, le pancréas sont sains.

Par contre, intestin grêle petit, contracté, *avec du sang noirâtre à l'intérieur.*

Jéjunostomie par le procédé Witzel.

Suites très simples, malade très amélioré.

Pas de sang, sonde enlevée au quinzième jour, le malade veut partir.

Digestion parfaite, selles normales, l'orifice fistuleux s'est fermé en quarante-huit heures.

I. — Gastroentérostomies

Numéro de l'Observation	Histoire Hémorragique	Siège de l'Ulcère	Particularités opératoires	Intervention	Résultat
OBSERVATION I 1910	Deux hématomés en 1 mois. Intervention 27 jours après la dernière, quand le mélena a cessé depuis 3 jours. Une hématomèse en 1905. Une grande récente.	Cicatrice proche du cardia.	Adhérences multiples.	Réséction impossible par adhérences. Gastro.	Récidive dans la nuit. Bon résultat ensuite. Résultat éloigné, inconnu.
OBSERVATION II 1910	Une hématomèse en 1905. Une grande récente.	Ulcère petite courbure juxta-pylorique.	Estomac dilaté et très adhérent. Brides multiples.	Gastro à la suture, jéjunojéjunostomie.	Bon résultat immédiat. Récidive en 1913 malgré le régime.
OBSERVATION III 4 ^e séjour, Janv. 1913	Hématomés répétés depuis 3 ans. La dernière 3 jours avant l'intervention. Rouge, très abondante.	Ulcère de la région duodéno-pylorique.	Adhérences intimes avec le foie.	Gastro.	Récidives huit jours après. Hématomés noirs sans caillots, puis vomissements non hémorragiques.
2 ^e séjour, Mars 1913	Vomissements de cirrhose viciosa.	Ulcère entouré d'épithélioïde nouvelle.	Adhérences nombreuses de tous les organes sous-diaphragmatiques, des brides étrangent l'austomose.	Libération des brides.	Récidives, dans les mois suivants, de petites hématomés rouges et de mélenas.
OBSERVATION IV 1913	Hématomés noirs répétés.	Ulcère duodénal.		Gastro à la suture.	Récidives le lendemain de l'opération. Éloigné inconnu.
OBSERVATION V 1907	Une hématomèse noire. Intervention 25 jours après. Le mélena dure encore.	Ulcère pylorique induré, sténosant.	Adhérences nombreuses.	Gastro antérieure, à la suture.	Bon résultat immédiat. Bon éloigné.

Numéro de l'Observation	Histoire Hémorragique	Siège de l'Ulçère	Particularités opératoires	Intervention	Résultat
OBSERVATION VI 1912	Vomissements de stase. Hématémèses noires à répétition depuis trois mois avec quelques jours de méloena.	Ulçère à cheval sur la petite courbure, le pylore, le duodénum sténosant.	Estomac très dilaté.	Excision jugée inutile. Gastropostérome.	Bon résultat immédiat. Bon, éloigné.
OBSERVATION VII 1909	Vomissements de stase. Une hématomèse rouge il y a 3 ans, puis hématomèses répétées. La dernière date d'un mois.	Ulçère de la petite courbure. Face antérieure.	Estomac très dilaté. Adhérence au foie.	Gastrostomie jéjunojunoanastomose.	Bon résultat immédiat. Récidives au bout d'un an.
OBSERVATION VIII 1910	Hématémèses noires à répétition depuis un an.	Ulçère duodénal juxtapylorique sténosant.	Estomac dilaté.	Gastroantérieure jéjunojéjunostomie.	Bon résultat immédiat. Bon, éloigné.
OBSERVATION IX 1911	Hématémèses noires à répétition récentes. Grande anémie. Weber négatif.	Large ulcère pyloroduodénal sténosant.	Grand estomac dilaté.	Gastrostomie circonviciosa. 6 jours après jéjunojéjunostomie.	Bon résultat immédiat. Eloigné inconnu.
OBSERVATION X 1912	Les signes de sténose dominent tout. Hématémèses noires répétées depuis 4 ans. Cachectique. D'urgence.	Ulçère pylorique.	Grand estomac dilaté.	Gastropostérome (l'entat ne permet pas l'exclusion).	Bon résultat immédiat et 8 mois après.
OBSERVATION XI 1913	Hématémèses noires répétées. Sténose visible à la radioscopie.	Ulçère duodénal très adhérent.	Grand estomac très dilaté et anémié.	Gastrostomie.	Récidive du méloena après l'intervention. Résultat éloigné inconnu.

Numéro de l'Observation	Histoire Hémorragique	Siège de l'Ulcère	Particularités opératoires	Intervention	Résultat
OBSERVATION XII 1913	1° Hématémèse il y a 2 ans. 2° — — il y a 7 mois. 3° — — il y a 4 mois. Estomac biloculaire.	Aucun ulcère visible,	Estomac très vasculaire, violacé.	Gastro.	Récidive le lendemain. Bien depuis.
II. — Résections					
OBSERVATION XIII 1908	Mélenas fréquents, anciens, 2 hématémèses noires, abondantes depuis 6 mois.	Ulcère duodénal.	Adhérences nombreuses à la paroi et au pancréas.	Réssection large, gastroduodénale avec gastroentéroanastomose.	Bon résultat immédiat. Bon éloigné.
OBSERVATION XIV 1907	1 petite hématémèse noire datant de 8 jours. 1 petite hématémèse datant de 6 jours.	Ulcère du pylore sténosant.	Très adhérent au foie et au pancréas.	Pylorectomie.	Bon résultat immédiat. Bon éloigné.
OBSERVATION XV 1912	Estomac biloculaire. Il y a 5 ans, grande hématémèse rouge avec mélena. Il y a 1 mois, deux hématémèses noires avec mélena qui dure 17 jours.	Ulcère de la petite courbure.	Bilocation. Pas d'hyperchlorhydrie. Pas de rétention à jeun.	Excision, Gastrogastrotomie.	Bon résultat immédiat. Bon éloigné.
III. — Exclusions					
OBSERVATION XVI 1913	Petites hématémèses et mélena à répétition.	Ulcère duodénal.	Adhérences nombreuses	Réssection impossible. Exclusion.	Bon résultat immédiat. Bon 7 mois après.

Numéro de l'Observation	Histoire Hémorragique	Siège de l'Ulcère	Particularités opératoires	Intervention	Résultat
OBSERVATION XVII 1912	Grande hématomérose il y a un an. Une nouvelle il y a trois semaines. Weber continuellement positif.	Ulcère induré. Région duodénale du pylore.		Exclusion, gastrosuture	Bon résultat immédiat. Bon éloigné.
OBSERVATION XVIII 1913	1 ^o Hématomérose il y a 4 an. 2 ^o — — il y a 15 ^{rs} . 3 ^o — — il y a 7 ^{rs} . Toutes grandes. Hématomésés répétées d'autant de 18 jours. Anémie extrême. Weber toujours positif.	Ulcère pylorique. Ulcère de la petite courbure.	Grand estomac dilaté.	Exclusion de toute la moitié droite de l'estomac.	Bon résultat immédiat. Bon 7 mois après.
OBSERVATION XIX 1913	Hématomésés répétées d'autant de 18 jours. Anémie extrême. Weber toujours positif.	2 Ulcères pyloriques.		Exclusion du pylore.	Bon résultat immédiat. Bon 8 mois après.
OBSERVATION XX 1913	Vomissements de stase. Petites hématomésés répétées. 4 d'autant de 13 jours. 4 — — 3 — Très anémié.	Ulcère duodénal.	Duodénum complètement fixé.	Exclusion.	Bon résultat.
OBSERVATION XXI 1913	Petites hémorragies intestinales continues, répétées malgré la diète absolue. Amaigrissement et anémie considérable.	Ulcère duodénopylorique.		Exclusion.	Bon résultat.

Numéro de l'Observation	Histoire Hémorragique	Siège de l'Ulçère	Particularités opératoires	Intervention	Résultat
OBSERVATION XXII 1913	Vomissements de stade. Grande hématomèse ré- cente. Weber positif. Estomac biloculaire à la radioscopie.	Ulçère de la petite cour- bure.	Péigastrite intense. Adhérences au fôie et au pancréas.	On isole et enfouit.	Bon résultat immédiat. Bon 8 mois après.
IV. — Jéjunostomies					
OBSERVATION XXIII 1908	Grande hématomèse noire il y a un mois ; le len- demain deuxième héma- tomèse rouge. Le mé- lœna dure toujours. Intervention d'urgence : anémie extrême.	Un ulçère juxta-car- diaque. Un ulçère juxtapylorique.		Jéjunostomie. Jéjuno- anastomose.	Bon résultat immédiat. Guérison de la lésion. Mort.
OBSERVATION XXIV 1908	Tuberculose. Une grande hématomèse il y a 3 mois ; ensuite d'autres répétées avec mélœna, la dernière de la veille. Intervention d'urgence ; anémie extrême.	Ulçère pylorique.		Jéjunostomie.	Bon résultat. Mort un an après ; évolution de tuberculose pulmonaire.
OBSERVATION XXV 1909	Deux hématomèses il y a 3 mois.	Aucun ulçère visible.		Jéjunostomie.	Bon résultat.

DEUXIÈME PARTIE

Voici donc réunies vingt-cinq observations lyonnaises. Nous ne prétendons pas, appuyé sur une statistique ainsi volontairement réduite, essayer de poser une règle thérapeutique de l'ulcère. Nous nous bornerons à chercher à éclaircir ce point assez simple, à savoir que, de même qu'il y a différentes variétés d'hémorragies, des ulcères différents les uns des autres, des conditions opératoires variables, il ne faut pas chercher dans une opération semblable pour tous les cas un remède toujours efficient, mais qu'il doit y avoir des indications particulières à telle ou telle intervention.

Nous allons donc, après une classification très rapide des hémorragies, après un exposé très bref des aspects variables que peuvent présenter le malade ou la lésion, poser la question du traitement : opportunité opératoire d'abord, choix de l'intervention ensuite après discussion des indications spéciales que comporte chacune d'elles.

CHAPITRE PREMIER

Les conditions opératoires sont éminemment variables avec l'hémorragie, l'ulcère, l'état général.

I. — L'hémorragie.

La première classification des hématomés date de 1897. C'est celle de Mickulicz qui proposait une division en deux catégories : les hémorragies aiguës, très profuses ; les hémorragies fréquentes, petites, récidivantes. La classification française de Bouveret, reprise en détail par Tuffier et Jeanne en 1905, répond mieux à la complexité des faits, en reconnaissant trois formes : la forme foudroyante, la forme aiguë et la forme chronique. Nous n'avons, dans nos observations, aucun exemple d'hémorragie foudroyante : elle n'est pas, comme nous le verrons plus loin, susceptible pratiquement d'une intervention. Laisée à elle-même, en effet, si elle n'est pas immédiatement mortelle, elle l'est quelques quarts d'heure après. Il faudrait un rare concours de circonstances pour permettre une intervention assez rapide, dont l'efficacité même ne peut être que très douteuse.

L'hémorragie est aiguë dans le cas où elle laisse un certain répit au malade. Ce qui la différencie de la forme précédente, c'est qu'elle peut guérir, et que, même abondante puisqu'elle peut atteindre un litre, on peut transporter le malade. Le mélena survient ensuite durant plusieurs jours. L'hémorragie se reproduit, parfois un jour,

parfois un an après, laissant après elle une période d'anémie, chaque fois plus longue et plus marquée.

La forme chronique est celle où l'on ne peut que dire que l'hémorragie, symptôme ordinaire de l'ulcère, se montre exagérée. Ce sont de petites hématémèses de 100 ou 200 grammes, ce sont des mélœnas de deux ou trois jours, dont le retour se produit malgré le traitement médical, lait ou repos gastrique, avec un état général souvent très gravement atteint.

L'hémorragie dans cette forme peut être rouge ou consister en un vomissement de sang digéré couleur de marc de café. Ce point qui a son importance au sujet du diagnostic différentiel de la cause : ulcère ou cancer, présente aussi son intérêt au point de vue thérapeutique. S'il est bien compréhensible, en effet, qu'un litre de sang, quantité moyenne de l'hémorragie aiguë, distende assez l'estomac pour être immédiatement rejeté et se présente alors en vomissement rutilant, pourquoi, dans les hémorragies de 100 ou 200 grammes, certaines sont-elles immédiatement expulsées et d'autres séjournent-elles assez longtemps pour être digérées ? Il faut ici faire intervenir le rôle de la stase gastrique. Si l'ulcère est sténosant, par sa localisation et l'induration périphérique à la lésion, ou par le spasme concomittant, l'estomac peu à peu distendu réagira moins bien : le sang stagnera ; mais, de plus, et l'exemple des saignements répétés de la vessie dilatée nous le montre bien, si l'estomac est distendu il n'aura que plus de dispositions à laisser sourdre le sang au niveau de son ulcération.

Ceci nous montre dès maintenant l'influence de la stase gastrique dans l'hémorragie et nous fait comprendre

qu'une opération se bornant à parer à cette stase peut donner au début une amélioration symptomatique suffisante pour faire croire à la guérison. Nous aurons d'ailleurs à y revenir.

II. — *L'état général.*

Cependant, et c'est de toute évidence, la forme de l'hématémèse ne peut pas être le seul signe sur lequel se fondent l'opportunité et le choix de l'intervention. Nous l'avons admis pour l'hémorragie foudroyante : l'état du malade, la rapidité du dénouement rendent le plus souvent impossible ou inutile toute tentative ; mais pour les autres formes où la survie est la règle, puisque c'est là en somme la base de la classification, que deviennent les malades abandonnés à eux-mêmes après une de leurs crises hémorragiques.

Dans la forme aiguë, après une période plus ou moins durable d'anémie avec fièvre, période de pâleur et de perpétuelle sensation de syncope imminente, où l'on trouve un abaissement considérable du nombre des hématies, des souffles anémiques multiples, on est frappé de voir avec quelle rapidité les malades assimilent leurs aliments et retrouvent leurs forces et leurs couleurs. Ceci nous donne deux stades très différents au point de vue de la résistance au traumatisme opératoire et de son résultat éventuel.

Dans la forme chronique, les malades, de plus en plus épuisés par les petites spoliations sanguines répétées, arrivent, si elles sont assez rapprochées, à un état de cachexie anémique, qui commande impérieusement l'intervention puisque, et par définition aussi, le traitement médical a été impuissant.

III. — *Les conditions anatomiques.*

Mais, supposons l'intervention décidée. L'examen de l'estomac après la laparotomie fournira des aspects différents. On trouvera un ulcère révélé par une tache blanche péritonéale évidente, indurée, cartonneuse ; ou bien on trouvera un ulcère en évolution, laissant aux tissus périphériques leur souplesse ; la lésion sera duodénale ou pylorique, ou elle siègera sur une des faces de l'estomac, proche parfois du cardia ; elle sera sténosante par rétraction cicatricielle, induration ou spasme, ou bien elle n'occasionnera aucune difficulté d'évacuation ; elle sera libre ou revêtue d'un magma de périgastrite, ou entourée d'adhérences qui la relieront aux organes voisins ; parfois même, aucun ulcère ne pourra être reconnu dans un tissu qui apparaîtra partout souple et normal.

Pour nous résumer, il nous semble qu'au point de vue chirurgical, il n'est pas besoin de considérer la classification purement théorique des hématoméses. On interviendrait, en effet, dans la grande hémorragie de la forme foudroyante pour faire de l'hémostase ; et dans les deux autres formes, pour prévenir la récurrence. Ce qui s'exprime en langage chirurgical, en disant qu'il s'agit d'une intervention soit curative, soit prophylactique, dont l'opportunité achèvera de se décider d'après l'état du malade et dont le choix et la technique se régleront d'après l'aspect de la lésion.

Voici donc notre problème nettement posé.

Doit-on opérer, et dans quelles formes d'hémorragie ?

Quel est le moment le plus opportun ?

Quelle intervention doit-on choisir ?

CHAPITRE II

Les interventions curatives ou prophylactiques sont-elles justifiées

Au Congrès international de Chirurgie de 1905, plusieurs chirurgiens avaient soutenu que la maladie de Cruveilhier devait être désormais d'ordre exclusivement chirurgical. Mais les rapporteurs du Congrès français de Médecine en 1907 s'élevaient déjà fortement contre cette opinion trop catégorique, et à l'heure actuelle, il semble assez généralement admis que le chirurgien ne doit intervenir qu'après avoir usé des moyens médicaux. Dans le cas particulier de l'ulcère hémorragique cette tendance est très nette.

I. — Opération curative.

Pour la forme foudroyante, autrement dit, pour ce qui est de l'opération curative, les avis paraissent être unanimes, on doit s'abstenir, même dans le cas exceptionnel où l'on aurait le temps d'agir.

Quel que soit le procédé chirurgical mis en œuvre, la mortalité est considérable (*statistiques de Savariaud, Robson, Hartmann, Quénu, Tuffier*). On a cherché au début à satisfaire l'indication la plus évidente : faire la ligature du vaisseau qui saigne. Or, l'estomac rempli de caillots, ou même vide, est d'un examen difficile au tra-

vers d'une petite ouverture. La manœuvre d'inspection par la face interne, l'estomac étant évaginé par l'ouverture, manœuvre indiquée par *Savariaud*, est d'une technique toujours très difficile, parfois impossible, si l'estomac est fixé ; très traumatisante de plus, elle ne peut être pratiquement employée. Donc, difficulté de trouver le point lésé, parfois impossibilité de découvrir la moindre érosion, voilà des premiers obstacles à la ligature. Le point lésé est-il trouvé et accessible, la muqueuse en mauvais état ne peut résister à la pression des pinces, et l'on a cité des cas même où la ligature en masse autour du vaisseau saignant n'empêchait pas le retour de l'hémorragie.

L'excision essayée ensuite aussi inefficace est encore plus traumatisante, et il faut se souvenir que l'on a affaire à des malades exsangues, en imminence de collapsus, véritablement mourants.

La gastroentérostomie, rapide, peu traumatisante, préconisée par *Doyen* en 1895, a paru un moment solutionner la question. Mais les morts par récurrence d'hémorragie foudroyante, dans les jours suivant l'opération, dans les heures suivantes même, l'ont fait abandonner aujourd'hui.

La jéjunostomie, la moins shockante de ces interventions, celle qui assure le repos gastrique le plus complet, s'est montrée impuissante, car, ici, il ne suffit pas d'assurer le repos gastrique par une opération aussi peu traumatisante que possible, il faut aussi pratiquer une thérapeutique hémostatique directe et immédiate.

II. — *Opération prophylactique.*

Il n'en est pas de même pour les hémorragies récurrentes. L'hématémèse s'est arrêtée, soit spontanément,

soit grâce au traitement médical institué. Va-t-on laisser le malade à la merci de nouvelles pertes, rouges et abondantes, ou de ces petites hémorragies répétées qui le conduisent sûrement à la cachexie. Le traitement médical, aussi sévère qu'il soit, aussi grand relativement que soit le repos gastrique qu'il assure, ne prévient pas certainement les récides, de nombreux exemples en font foi. Il faudrait donc opérer. Mais des objections se soulèvent, la faiblesse du malade, l'incertitude où l'on est de savoir si le diagnostic se vérifiera, si on trouvera un ulcère, les difficultés opératoires, les échecs enfin. Cependant, depuis que l'attention des chirurgiens s'est éveillée, bien des points se sont précisés. On sait maintenant que l'ulcère siège rarement en des points inaccessibles de la grosse tubérosité ; on a, si la lésion est très petite, un moyen efficace de mettre l'estomac au repos absolu pour le temps suffisant : la jéjunostomie ; on sait qu'il existe de vieux ulcères depuis longtemps en activité qui n'ont pas encore produit d'adhérences, et l'on a dans l'exclusion du duodénum, du pylore, ou même d'un segment d'estomac, un moyen absolu d'isoler le segment lésé en n'étant que relativement peu gêné par la péritonite plastique périphérique.

Ainsi, toutes ces conditions étant mieux réglées, le malade sera livré au chirurgien plus précocement, dans un état moins précaire, et les résultats seront meilleurs.

Car c'est là la grosse objection. La première statistique, celle de *Savariaud*, donnait une mortalité de 10 morts sur 15 opérés ; celle de *Rodman*, trois ans après, donnait une mortalité de 37,5 %. Mais celle de *Mickulicz*, en 1898, donnait 12 %. La dernière, celle de *Lubetzki*, faite pour la résection seule, la plus traumatisante des interventions,

et comprenant les premières interventions, donne une mortalité de 21,62 % ; et dans les observations que nous avons recueillies, il n'y a à relever que deux morts, l'un quatre mois après par évolution de tuberculose pulmonaire ; l'autre par péritonite, une de ces ulcérations post-opératoires de nature encore inconnue s'étant produite au niveau de l'anastomose. La mortalité s'est donc considérablement abaissée. Les revers du début ne sont autre chose, comme le disaient *Truffier* et *Jeanne*, « que la rançon de toute tentative, de tout progrès dans la chirurgie abdominale et elle diminue quand la marche en avant s'affermi ; les interventions sur les organes pelviens occasionnèrent d'abord une mortalité considérable qui s'abaissa d'année en année jusqu'à être fort réduite », et nous croyons pouvoir dire qu'il en est encore aujourd'hui de même pour l'hystérectomie et pour les formes d'ulcère hémorragique que nous considérons, et que l'intervention d'abord discutée pour ses difficultés et ses dangers a maintenant ses indications nettes, fréquentes et précoces.

III. — *Indications opératoires. Choix du moment de l'intervention.*

Mais doit-on seulement, comme bien des auteurs l'ont dit, n'opérer qu'après échec du traitement médical ? Il nous faut ici séparer les deux formes que nous avons dites susceptibles de la thérapeutique chirurgicale.

Prenons d'abord le cas de l'hématémèse aiguë. Si on l'opère immédiatement, comme le voulait *Dieulafoy*, nous nous trouvons à peu près dans les conditions de l'hémorragie foudroyante avec tous ses inconvénients et tous ses risques. Le traitement médical, d'un autre côté, s'il est le

plus souvent insuffisant pour arrêter les symptômes, pour tarir le saignement, est trop fréquemment impuissant à en prévenir le retour, à guérir la lésion. Mais ces deux insuffisances peuvent être heureusement réunies en un traitement efficace. Il faudra attendre, employer les ressources du traitement médical (repos absolu, diète, lavements chauds, ergotine, glace) et n'intervenir qu'ensuite « à froid ». Si une deuxième hémorragie se produit pendant la période de refroidissement, nous croyons avec la majorité des auteurs qu'il faut encore attendre si elle est petite (100 ou 200 grammes), mais qu'il faut opérer et tout de suite si elle est encore abondante, car il y a cette fois danger immédiat que l'intervention seule reste qualifiée à combattre. Dans tous les cas, si une troisième survient, il faudra opérer.

Mais quel sera le signe qui nous indiquera que le malade a été assez longtemps au repos, que l'on peut opérer maintenant. La numération des globules, le dosage de l'hémoglobine, la vitesse du pouls sont des indices tout à fait inconstants, sur lesquels on ne pouvait fonder d'indications, et encore étaient-elles vagues et discutées qu'à l'époque où l'on opérait précocement. La disparition du melæna, la présence de points douloureux ne guide pas plus. Le véritable critérium, selon nous, est l'état général du malade. Il faut attendre le retour à l'état antérieur, cela est nécessaire, mais cela aussi est suffisant, car il est à remarquer que toutes les objections faites à l'opération en général, même immédiate, tomberaient d'elles-mêmes si celle-ci était pratiquée chez un malade en état assez satisfaisant pour supporter le traumatisme d'une recherche efficace et ensuite de l'intervention appropriée.

On aura ainsi, croyons-nous, mis toutes les chances de réussite de son côté, car on trouvera à l'intervention un organe déjà amélioré, à vitalité plus forte, et le malade opéré à froid, en dehors de toute hémorragie, n'en sera que plus résistant.

Pour ce qui est des hématomés chroniques, le problème se pose de façon différente. Ce sont, par définition, des malades qui gardent des petits vomissements sanguins, des selles noires malgré l'institution d'un régime d'inanition ; il arrive un moment où celui-ci ne peut être continué plus longtemps, des accidents très graves pouvant apparaître. D'autre part, permettre une autre alimentation avec un pareil suintement, c'est risquer de provoquer une hémorragie abondante — ou bien, plus simplement, ce sont des malades que ces pertes sanguines répétées entraînent rapidement vers l'anémie et la cachexie et qui réclament une thérapeutique plus active que l'impuissant régime de famine auquel ils sont soumis. Il y a cette fois exigence vitale à laquelle seule l'intervention reste qualifiée pour répondre. Il faut donc opérer et tout de suite. Mais alors, va-t-on se trouver de nouveau dans ces conditions d'opération faite de suite après l'hémorragie, va-t-on rencontrer les mêmes objections ? On pourrait répondre qu'il n'y a pas à hésiter, que c'est la seule thérapeutique qui reste à tenter, mais il faut noter aussi que si le malade est affaibli, certes, il l'est moins qu'après une des hémorragies profuses de la première classe, si on se décide assez tôt et qu'il peut résister.

Un autre facteur intervient encore pour affermir les indications opératoires dans ce cas : nous l'avons déjà effleuré tout à l'heure. Cette forme d'hémorragie survient

le plus souvent mélangée de vomissements de stase. L'intervention qui rencontrera un estomac dilaté, atone, va le drainer et réalisera ainsi le mécanisme de la sonde à demeure qui, placée dans la vessie distendue, en arrête les hémorragies. Voilà donc un argument de plus pour l'efficacité de l'intervention dans ce cas. Et si, comme le disait en 1905, *Quénu* parlant de l'ulcère pylorique, la sténose, la dilatation fournissent des indications encore plus précises, ce n'est pas, croyons-nous, parce qu'elles indiquent un signe probable et ordinaire de la fin de la période active de l'ulcère pylorique, mais bien parce que cette dilatation et cette stase sont des facteurs propres d'hémorragie.

En résumé, nous allons répondre brièvement à la fin du chapitre aux questions que nous posions au début.

La forme foudroyante n'est pas susceptible d'opération.

On doit intervenir dans la forme aiguë à froid si possible, après une période de traitement médical suffisant pour ramener le malade à un état satisfaisant.

Dans la forme chronique, l'opération sera faite le plus tôt possible, dès que sera constatée l'impuissance du traitement médical.

CHAPITRE III

Revue critique des interventions pratiquées

Les interventions pratiquées contre l'hématémèse de l'ulcus ont été très variées. *Rodman* en comptait douze, *Tuffier* et *Jeame* en portaient le chiffre à quatorze et en y ajoutant l'exclusion qui peut être pratiquée pour l'estomac comme pour le duodénum ou le pylore, nous pouvons en compter quinze.

- 1° La résection, gastrectomie ou pylorectomie ou duodénotomie, suivant la localisation de la lésion ;
- 2° La gastroentérostomie ;
- 3° La gastrotomie ;
- 4° L'excision ;
- 5° L'excision avec ligature de l'artère ;
- 6° La ligature en masse de la muqueuse ;
- 7° La suture de l'ulcère ;
- 8° La cautérisation ;
- 9° La pyloroplastie ;
- 10° La gastroraphie ;
- 11° La ligature de l'artère principale ;
- 12° Le curettage de l'ulcère avec ou sans cautérisation ;
- 13° La jéjunostomie pratiquée d'emblée ;
- 14° La jéjunostomie combinée à la gastroentérostomie ;
- 15° L'exclusion.

Parmi ces opérations, il en est plusieurs qui n'ont été qu'un pis aller et qui ne doivent pas être conservées.

La *gastroraphie*, la *gastrotomie simple*, le *curettage*, ne sont que des *aveux d'impuissance*. La *cautérisation* ne doit être qu'un *procédé de nécessité* et on peut se demander avec *Savariaud*, s'il est logique de faire une laparotomie pour la terminer par une hémostase si hasardeuse et si infidèle. La *ligature de l'artère à distance* est encore inférieure par principe à la ligature au point lésé, et elle peut être d'une exécution très difficile. Les inconvénients de la *ligature du vaisseau dans l'ulcus* ont été vus à la discussion de l'intervention dans l'hémorragie foudroyante. Quant à la *ligature en masse* de la muqueuse, ce n'est encore qu'un pis-aller auquel on ne pourrait songer que quand il faut aller vite et dans le cas d'ulcère de la face postérieure, situé assez haut dans un estomac fixé. Ce ne sera de toutes façons qu'un moyen infidèle. Si l'on se borne à ligaturer la zone lésée étroitement enserrée par le fil, on abandonnera toute une région périphérique de muqueuse atteinte par la gastrite en aire de *Mathieu*, où de petits abcès risquent de se développer, créant de nouveaux ulcères ; et si l'on fait une ligature large, il faudra poursuivre un décollement des bords de la lésion jusqu'en tissu sain, ce qui occasionnera un retard, une augmentation du shock et risque de laisser des déformations contre lesquelles il faudra intervenir dans la suite. La *pyloroplastie*, employée contre l'ulcère du pylore, ne nous paraît avoir aucune indication. S'il n'y a pas de sténose, elle est inutile, et s'il y a sténose, elle est dangereuse en rétablissant le passage au niveau de la lésion, c'est-à-dire les traumatismes, alors qu'une contracture de défense ou une

rétraction cicatricielle en assurait le repos en fermant la voie aux aliments.

Il ne nous reste donc que trois groupes d'opérations :

1° *Ablation de l'ulcère, c'est-à-dire résection gastrique ou pylorique ou duodénale ;*

2° *Mise au repos de la région lésée en l'isolant du tractus digestif : exclusion ou enfouissement ;*

3° *Mise au repos de la région lésée, en détournant le cours des aliments sans isoler activement la lésion : gastroentérostomie, jéjunostomie.*

Ce sont ces trois groupes que nous allons étudier avec plus de détail, en examinant successivement les indications et résultats de la résection, de la gastroentérostomie, de l'exclusion, de la jéjunostomie.

Nous passerons sans insister sur l'enfouissement, car si l'ulcère est duodénal ou pylorique, l'enfouissement par plicature comme le pratiquent Mayo et Maquiham n'est autre chose qu'une exclusion déguisée — et si la lésion siège sur les faces ou les courbures de l'estomac, l'enfouissement présentera les résultats et indications de l'exclusion d'un segment d'estomac, avec la seule réserve que l'isolement réalisé ici par plicature, par froncement, risquera de laisser des déformations, moins à craindre avec l'exclusion qui procède par sections nettes et par anastomoses combinées pour rétablir un cours facile des matières alimentaires.

II. — *Classification des interventions proposées et justification.*

Il est à remarquer qu'au point de vue général les interventions envisagées peuvent se ramener à deux groupes :

1° *Opération radicale : excision*, qui seule théoriquement s'adresse à la cause qu'elle supprime ;

2° *Opération palliative : isolement*, qui tend à supprimer l'effet en permettant à la lésion de se cicatriser à l'abri de toute cause d'irritation.

La justification du premier groupe d'interventions n'a pas besoin d'être faite, mais il peut être utile de démontrer que le repos, nous entendons le repos parfait physiologique, est la condition nécessaire et suffisante à la guérison de l'ulcus, et que ces opérations le réalisent.

La lésion de la maladie de Cruveilhier ne réside pas tout entière dans la perte de substance de la paroi gastrique.

A côté d'elle, il y a d'autres lésions qui favorisent son évolution en diminuant la vitalité des tuniques, en supprimant les moyens de protection de la muqueuse. Ce sont des zones de gastrite, gastrite en aire de *Mathieu*, disséminées sur les parois, les unes avec hypertrophie glandulaire et hypersécrétion chlorhydropeptique, et les autres, zones de dégénérescence muqueuse, présentant des nappes irrégulières de gastrite interstitielle avec infiltration embryonnaire qui donneront naissance à de petits abcès susceptibles à leur tour de se transformer en ulcères.

Il y a de plus, tout autour de l'ulcus et surtout de l'ulcus ancien, une zone de gastrite profonde, sorte de lymphangite interstitielle par une infection dont le point de départ est dans l'ulcération. Cette gastrite secondaire offre un appui considérable à l'extension de la lésion en désorganisant le tissu périphérique et en diminuant sa résistance.

De plus, à l'état normal, l'estomac se défend contre l'autodigestion par la sécrétion de mucus à la surface ou d'une antipepsine restant dans l'intérieur des éléments cel-

lulaires (selon les théories) et il est évident que dans la zone lésée, dans ces tissus en voie de désagrégation, cette sécrétion protectrice sera insuffisante, alors que le suc gastrique a, lui, une activité fréquemment plus forte chez ces malades qui sont très souvent des hyperchlorhydriques.

Voilà donc les principales causes d'entretien de l'ulcère :

1° *Extension de la gastrite interstitielle* sous l'action des toxines ou des germes morbides introduits par l'alimentation ;

2° *Traumatismes* créés par le passage des aliments et les ondes de contraction qu'il provoque sur une région à vitalité amoindrie ;

3° *Action digestive du suc gastrique* dans toute cette zone que ses altérations rendent impropre à se protéger efficacement.

Le repos gastrique est-il capable de remédier à ces causes variées ?

Cela est physiologiquement démontré.

Empêchons en effet les aliments de traverser l'estomac : nous aurons supprimé le traumatisme et les contacts toxiques ou microbiens ; nous aurons tari immédiatement la sécrétion de la plus grande partie du suc gastrique et du plus actif, sécrétion qui se produit par réflexe à l'arrivée des aliments sur la muqueuse gastrique, et tari ensuite, après quelques jours, comme l'expérience l'a démontré, toute sécrétion même psychique ; et nous aurons supprimé aussi le traumatisme des ondes péristaltiques qui prennent naissance par un réflexe dont le point de départ est le contact avec la muqueuse. Or, cet isolement gastrique, la *jéjunostomie* le réalise parfaitement. Il en sera de même pour la *gastroentérostomie*, qui dans le cas bien

déterminé d'un ulcère duodénal ou pyloroduodénal, permet la mise à l'abri de la lésion. Le résultat sera encore le même pour l'*exclusion*. Certes, et les expériences de Pavlow l'ont montré, la sécrétion durera encore quelque temps dans le segment isolé, mais elle se tarira vite, et ce segment sera alors complètement et parfaitement à l'abri.

On pourrait objecter que nous bornons en somme à réclamer l'exclusion de l'estomac du parcours alimentaire et que le traitement médical, supprimant toute nourriture, réalise cette indication, et il faudrait reprendre la discussion de l'intervention dans l'ulcère en général. Nous nous bornerons à constater que l'isolement chirurgical permet l'alimentation, qu'il est définitif et non temporaire et que même pour la jéjunostomie qui n'est qu'une opération d'attente, l'alimentation étant possible, le repos peut être prolongé pendant un temps où l'inanition ne saurait être imposée, même palliée par les lavements nutritifs et le sérum. L'expérience a prouvé, en effet, que l'on ne pouvait, par cette méthode, fournir au malade que le quart à peine de la ration minima d'entretien. Ainsi donc, si le repos gastrique est par ce moyen complètement réalisé, ce ne sera qu'au prix d'un abaissement progressif de l'état du malade qui a son importance, étant donné que l'anémie favorise la création de nouveaux ulcères et qu'il s'agit le plus souvent de malades déjà profondément affaiblis. Ce serait donc, pendant dix jours, vingt jours, trois ou quatre semaines au maximum que ce régime pourrait être maintenu et si ce délai est suffisant pour laisser arrêter l'hémorragie, il est trop court pour assurer de façon constante la guérison de l'ulcère.

Le repos réalisé par le traitement médical ne peut donc

être qu'incomplet, et seul, l'acte opératoire peut nous donner le moyen d'assurer définitivement ce repos curateur, qui est nécessaire, mais qui n'est suffisant que s'il est définitif ou assez prolongé.

CHAPITRE IV

La résection ou l'excision Cure radicale de l'ulcère hémorragique

La première résection d'estomac chez l'homme fut faite en 1879 par *Pean*, qui pratiqua l'ablation d'un pylore cancéreux.

La première résection pour ulcère fut faite par *Rydygier*, en 1881. Nous avons déjà dit quels furent, malgré les bons résultats, les commentaires peu encourageants de la *Centralblatt für Chirurgie*. Mais cette méthode, si sévèrement qualifiée, devait recevoir par la suite de nombreuses applications. Elle satisfait, en effet, l'aspiration vers la pratique du traitement causal et radical. Dans le cas particulier de l'ulcère hémorragique, elle a l'avantage *a priori*, extirpant la cause du mal, d'éviter le retour d'une nouvelle hématomèse.

Après la première opération de *Mickulicz* en 1890, la deuxième de *Roux* en 1893, on note une plus grande fréquence de cette intervention portant le nombre à 13 dans la période de 1896 à 1900. Mais il faut remarquer que le nombre total des interventions gastriques continuant à augmenter, le nombre des résections demeure à 13 pour la période 1901-1905, et même retombe à 5 pour la période 1906-1911 (1).

(1) Chiffres empruntés à la thèse de *Lubetzki*.

C'est que des objections d'ordre pratique se sont soulevées et ces objections sont assez nombreuses et puissantes pour faire reculer la pratique et motiver une discussion détaillée.

I. — ARGUMENT DES PARTISANS. — La résection, faite dans de bonnes conditions ne laissant pas échapper une lésion pouvant évoluer secondairement, permet d'éviter d'une façon certaine la redoutable complication hémorragique, que l'on peut même redouter d'ulcères en apparence cicatrisés.

Grâce à sa valeur d'opération radicale, elle écarte aussi sûrement les dangers de perforation et elle permet d'éviter tous risques ultérieurs de transformation cancéreuse du tissu cicatriciel.

Elle assure aussi une cicatrice limitée, souple, linéaire, au lieu des déformations que peuvent laisser les opérations palliatives, estomac biloculaire, rétrécissement du cardia.

De plus, le chirurgien, que l'ablation met en possession de la pièce, possède des données certaines pour suivre l'évolution du malade, l'anatomie pathologique le fixant sur la présence d'éléments cancéreux dans le tissu soupçonné ulcéreux et en réalité parfois néoplasique (1).

Un autre argument vient encore s'ajouter à ceux-ci, c'est la rapidité avec laquelle s'amendent après l'ablation les symptômes éprouvés par le malade : augmentation de poids très rapide (20 kilos en 3 mois dans un cas) et disparition de l'hypersécrétion à jeun, disparition de l'hyperacidité du suc gastrique d'après quelques auteurs (2).

(1) Saverot. *Thèse de Lyon, inspirée par Tixier*, 1906.

(2) Soupault. *Traité des maladies de l'estomac*. Baillière, 1906, p. 375. — Borsecky. *Beitrag. Z. Klin. Chirurgie*, p. 57, 1908.

II. — ARGUMENTS DES ADVERSAIRES. — Mais à ces raisons presque uniquement théoriques, s'opposent des objections d'ordre pratique que nous allons énumérer.

Le reproche qui fut adressé le plus souvent est d'être une opération grave à mortalité immédiate élevée. Les statistiques donnaient 30 % en 1904 pour l'ulcère simple, taux qui fut abaissé par la suite. Mais il est resté très élevé, nous l'avons vu plus haut pour l'ulcère hémorragique, car, il faut s'en souvenir, la résection est une opération très souvent fort difficile, toujours longue, très shockante et assez facilement septique.

Tout d'abord, on rencontrera probablement des adhérences. Il faudra les libérer, temps difficile, souvent insurmontable, qui ne va pas sans hémorragie, sans lésion des organes voisins, sans large perte de substance parfois ; et encore, risque-t-on de ne pouvoir pousser assez loin, et de laisser subsister des zones atteintes ou de faire subir une trop large perforation qui créera ces déformations même que la résection prétend éviter.

Les partisans de la gastrectomie répondaient : la crainte des adhérences qui viennent entraver la résection après l'hématémèse est injustifiée le plus souvent ; les ulcères qui saignent sont en général des ulcères en activité, jeunes et qui n'ont pas encore provoqué de réaction péritoniale suffisante. Or, nous savons aujourd'hui que cela est loin d'être vérifié, qu'un ulcère peut rester longtemps sans hémorragie, latent même, s'enkyster dans un magma d'adhérences extérieures, mais saigner un jour, et cette hémorragie d'un vieil ulcère pourra même parfois en être le premier signe. Nous en avons relevé des exemples —

nous avons des cas d'ulcères saignants, 3 ans, 6 ans même après l'apparition des premiers symptômes.

Voilà donc une première difficulté, les adhérences.

Il en est une autre encore, c'est la localisation même de la lésion. Evidemment, si elle siège, libre, à la région gastropylorique, au pylore, ou à la face antérieure de l'estomac, l'ablation en sera facile ; mais les statistiques ont montré que les sièges de prédilection de l'ulcère saignant sont la face postérieure, la petite courbure, régions lointaines et peu accessibles, ou des régions fixées comme le duodénum ou la région duodénopylorique, et l'on sait que la duodénotomie en particulier est une opération difficile et dangereuse.

Le danger d'infection par écoulement du contenu stomacal, s'il est bien réduit aujourd'hui, subsiste néanmoins encore, car la suture de ces parois épaissies, altérées dans leur structure peut ne pas offrir toutes les garanties de résistance.

Enfin, il ne faut pas oublier que la résection constitue un traumatisme considérable, même quand elle est simple, exagérée encore si se rencontrent les difficultés que nous avons vues plus haut, et qu'elle se réalise chez des malades dont l'ulcère a attaqué l'état général et que l'hémorragie est encore venu anémier.

Cependant, si toutes les conditions opératoires étaient bonnes, ce serait l'opération de choix parce que radicale et définitive ; malheureusement, il n'est pas prouvé qu'elle mérite cette appellation. En laissant de côté le cas de la multiplicité des lésions, cas assez rare en somme, il faudrait que l'on n'ait jamais observé de récidives d'ulcère

hémorragique après leur excision : or, *Billroth*, von *Eiselsberg* en ont rapporté des cas.

On a répondu que l'excision avait été insuffisante, qu'il fallait une résection large de la lésion et du tissu périphérique. Ce n'est là s'adjoindre qu'un faible auxiliaire, car, contrairement à ce qu'affirment les partisans de la méthode, la résection limitée ou étendue ne modifie pas le chimisme gastrique, l'hyperacidité, le plus grand facteur de l'ulcère et celui qui dans ce cas a produit la récurrence.

Le fait important, c'est que la résection large (pylorectomie ou grande gastrectomie modifiant la forme de l'estomac) entraînait après elle la gastroentérostomie comme opération complémentaire, et c'était celle-ci seule qui agissait par son drainage sur l'hypersécrétion. Il est à noter, en effet, à titre de vérification, que les cas de résection qui entraînaient une gastroentérostomie complémentaire, donnaient des statistiques beaucoup plus encourageantes et capables de modifier enfin la dénomination de cure radicale. Mais, et nous le verrons plus loin, pour obtenir par ce moyen une gastroentérostomie efficace, il faut que la voie pylorique soit fermée : la résection devra donc toujours emporter le pylore, ou bien on devra pratiquer une exclusion du pylore complémentaire. Nous voyons comme l'intervention s'allonge, se complique, et comme son pronostic peut s'assombrir jusqu'à la rendre pratiquement inutilisable. En résumé :

1° *Hyperacidité faible ou nulle.* — La résection est indiquée sous réserve des difficultés opératoires et de l'état du malade ; elle sera une opération radicale ;

2° *Hypéracidité notable.* — Ne faire l'opération que sous les mêmes réserves, et alors :

a) Ulcère du pylore. Pylorectomie et gastro. Opération radicale, relativement peu shockante ;

b) Ulcère du duodénum. Duodénotomie et gastro. Opération radicale, mais difficile, très nettement shockante. Pratiquement mauvaise ;

c) Ulcère de l'estomac éloigné du py-
lore ; résection large emportant le } avec
pylore ; ou résection annulaire } gastroentérostomie
complète ; ou résection partielle et }
exclusion du pylore ;

Opération radicale, mais très longue et très dangereusement shockante. Pratiquement à rejeter.

Devant ces données, nous croyons pouvoir conclure que la résection n'est logiquement indiquée comme opération radicale, intervention de choix que dans les deux cas les plus simples suivants :

1° Pas d'hypersécrétion ni d'hyperacidité. Lésion isolée. Facilement accessible. Bon état du malade. Pas d'hypersécrétion ni d'hyperacidité. Peu ou pas d'adhérences. — Alors : excision ou résection segmentaire ;

2° Hypersécrétion, hyperacidité. Bon état du malade. Lésion pylorique. Peu ou pas d'adhérences. Faire une pylorectomie et une gastroentéroanastomose.

Pas d'hyperacidité, réséquer chaque fois qu'on le pourra.

Hypéracidité. Ne réséquer que si l'ulcère est pylorique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES DE RÉSECTIONS

Nous avons relevé trois cas de résection, trois guérisons définitives.

Les deux premiers (obs. XIII et XIV) où le pylore fut emporté par l'excision étaient associés à la gastroentérostomie.

Dans le troisième cas, l'ulcère siégeait sur la petite courbure. La gastroentérostomie fut remplacée par une gastrogastrostomie à cause de la biloculation. Le bon résultat obtenu semblerait être contraire à nos conclusions. Mais il est à noter que la malade ne présentait pas de symptômes d'hypersecretion chlorhydropeptique. Elle n'avait pas de rétention à jeun, et n'avait jamais présenté de vomissements ni de renvois acides. Son appétit était ordinairement diminué et l'emploi longtemps prolongé des alcalins ne lui donnait aucun soulagement.

Nous avons relaté in extenso l'observation XV, car il s'y trouve exposé en détail, l'ensemble des méthodes de soins, et du délai à observer pendant la période médicale de refroidissement.

Le malade de l'opération XIV a été opéré d'urgence pour les phénomènes douloureux qu'il présentait.

L'examen de ces observations montre encore, par les détails opératoires, combien la résection est une opération traumatisante.

CHAPITRE V

La gastroenterostomie. Opération palliative de l'ulcère hémorragique

C'est en 1881 que fut faite par *Wælfller* la première tentative de gastroentérostomie. Cette opération s'est peu à peu répandue et perfectionnée au point d'être devenue aujourd'hui sans conteste, la plus commune et la plus innocente des interventions gastriques.

Sa fortune remonte surtout à 1887, date où l'on commença à l'employer non plus seulement après les résections gastriques, mais dans les cas de sténose pylorique. Devant ces bons résultats, elle fut peu à peu proposée dans un grand nombre d'autres états pathologiques. C'est ainsi que *Küsster en 1894* et *Doyen en 1896* en montrant les bons effets dans les hématémèses de l'ulcère, et que ces mêmes auteurs l'employèrent dans l'ulcère en général, même non sténosant. Ils estimaient en effet que cette opération par la mise au repos de l'estomac et le drainage déclive des sécrétions, mettrait ses lésions dans les meilleures conditions pour en assurer la guérison ou en prévenir les complications.

C'était là vers 1910, l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens, *Hartmann, Ricard, Montprofit, Tuffier*, pour ne parler que pour la France. Mais les statistiques sont venues prouver que l'arrêt définitif de l'hémorragie et la guérison de l'ulcère étaient loin d'être la règle.

Delbet, Herczel, Schnitzler, Pauchet, Quénu ont signalé des cas où la mort est survenue par continuation des hémorragies après cette opération ; *Amza Jianue* en cite un certain nombre. *Biondi Domenico, Vautrin* y ont encore récemment insisté (1) ; si bien qu'un partisan de la méthode, *Tuffier*, dans une discussion à la Société de Chirurgie, concluait à la justification de la gastroentérostomie, mais il faisait des réserves importantes en spécifiant : gastroentérostomie simple ou combinée, bien appliquée dans des cas déterminés. Ce sont ces cas que nous allons nous efforcer de fixer.

Elle est évidemment incapable d'agir directement sur l'hémorragie ; nous l'avons rangée parmi les opérations palliatives, elle n'agit que par la mise au repos de l'estomac. Nous devons donc nous demander si cette mise au repos est produite réellement et dans tous les cas par la création d'une bouche anastomatique.

A ce point de vue, nous diviserons les ulcères de l'estomac en deux groupes : ulcères sténosants et ulcères non sténosants. Dans le premier groupe, nous placerons les ulcères du pylore et des régions juxtapyloriques : versant stomacal et versant duodénal ; et dans le second, les ulcères des autres parties de l'estomac et du duodénum.

Les ulcères pyloriques et juxtapyloriques sont les seuls qui, entraînant au début la contracture, ultérieurement le rétrécissement du pylore, suppriment sa perméabilité ; les ulcères duodénaux, les ulcères du corps laissent le pas-

(1) *Biondi Domenico. Congrès de la Société ital. de Chirurgie, 1911. Compte rendu in la Clinica Chirurgica, 30 avril 1911, p. 381. — Vautrin. Archives générales de Chirurgie, t. VI, p. 771. — Amza Jianue. Thèse de Bucarest, 1908, p. 130.*

sage libre. Or, la non perméabilité du pylore est la condition aujourd'hui reconnue comme indispensable pour le fonctionnement de la bouche anastomotique, fonctionnement qui est la raison d'être de la gastroentérostomie.

Il est établi aujourd'hui que la gastroentérostomie, même large, à suspension verticale, qu'elle soit faite à la suture ou au bouton, est une opération qui ne transforme en rien un estomac dont le pylore est normal. Avant que l'expérimentation et la radioscopie n'aient permis d'étudier le fonctionnement des bouches anastomotiques, on se figurait qu'un estomac gastroentérostomisé, que son pylore fut ou non perméable, devenait un sac troué à sa partie déclive, se drainant par là de façon continue, que les aliments ne faisaient plus que traverser sans y séjourner, et qui, partant, n'avait plus à se contracter pour s'évacuer. La mise au repos était donc absolue, l'hémostase des ulcérations n'était plus entravée par le passage des aliments ni l'agitation péristaltique. Mais les expériences de *Pierre Delbet*, les examens radioscopiques pratiqués après gastroentérostomie, sont venus renverser ces hypothèses. Nous savons maintenant qu'une gastroentérostomie pratiquée avec un pylore perméable est une opération illusoire, et cela est conforme à la loi générale qui veut que les anastomoses soient inexistantes en tant qu'utilité, s'il n'y a pas d'obstacle mécanique ou physiologique dans la continuité de l'organe.

Y a-t-il spasme, y a-t-il obstacle physiologique seulement, la bouche anastomatique ne fonctionne régulièrement que tant que cette contracture persiste : le mode d'évacuation, le chimisme gastrique sont d'abord favorablement modifiés dans le sens de la guérison, mais dès

que l'amélioration se produit, et, vraisemblablement avant qu'il s'agisse de guérison complète, le spasme cesse, la voie pylorique se rouvre, les traumatismes le reproduisent, d'où les rechutes et les saignements quelques semaines après.

S'il n'y a non plus spasme, mais sténose véritable, anatomique, permanente de la région pylorique, l'examen à l'écran montre le parfait fonctionnement de la bouche ; en même temps, du fait du mélange du suc gastrique et de la bile et du suc pancréatique, l'hyperacidité disparaît, mettant en somme l'ulcère et définitivement dans de bonnes conditions.

Ces conditions peuvent être suffisantes, s'il s'agit d'un ulcère simplemment sténosant ; mais dans le cas de l'ulcère hémorragique, il faut, en outre, que le passage des aliments ne vienne pas constamment balayer les caillots qui réalisent à la surface l'hémostase provisoire. Or, c'est là le point faible de la gastroentérostomie.

Même dans les cas les plus favorables, la radioscopie a montré que toujours avant de s'engager dans l'anastomose, les aliments étaient brassés et conduits par une onde péristaltique jusqu'au pylore.

On objectera les formidables statistiques anglo-américaines qui donnent des résultats éloignés merveilleux (80 % de guérisons définitives), mais on ne doit pas oublier que les Mayo et Moynihan font, d'une façon systématique, après l'anastomose, une duodénoplastie complémentaire, c'est-à-dire une plicature du duodénum par enfouissement de l'ulcère, qui la sort du cadre de la gastroentérostomie pour la ranger dans celui de l'exclusion.

Il n'y a donc pas à compter que la gastroentérostomie

seule puisse mettre un ulcère de l'estomac à l'abri des aliments, du suc gastrique et du péristaltisme ; il en sera de même dans le cas de lésion du pylore versant gastrique, malgré la sténose qu'elle peut occasionner, car le péristaltisme demeure ainsi que les chocs alimentaires. L'ulcère ne sera complètement et suffisamment à l'abri que s'il est extrastomacal avec pylore obturé. Ce sont là des conditions qui sont bien loin de répondre à la majorité des cas.

Un fait vient encore à l'appui de cette conception. S'il y a sténose, il y a stase, il y a dilatation de l'estomac, et cette dilatation est un facteur d'hémorragie. Cela explique encore quelques-uns des bons résultats immédiats de la gastroentérostomie. Le drainage réalisé faisant diminuer la stase et la dilatation, arrêta ainsi les suintements ; mais, ce n'était là le plus souvent qu'une amélioration temporaire : on n'avait détruit qu'une circonstance. S'il n'y avait que spasme, nous venons de le voir, des récidives se produisaient ; s'il y avait sténose anatomique, l'ulcère en évolution n'était pas à l'abri des traumatismes et ne guérissait pas, et le résultat n'était définitif que si l'ulcère était complètement cicatrisé et ne saignait plus que par la distension stomacale.

Pour que la gastroentérostomie soit efficace, il faut :

- 1° La sténose ;
- 2° Que l'ulcère soit cicatrisé s'il est gastrique ;
- 3° Ou bien qu'il soit extrastomacal.

En résumé, nous pouvons conclure que la gastroentérostomie est indiquée :

1° Dans le cas d'un ulcère hémorragique pylorique ou pyloro-duodénal avec sténose définitive ;

2° Dans un seul cas d'ulcère gastrique juxtapylorique, c'est le cas des petites hémorragies noires (1), récidivantes, d'un ulcère cicatrisé, cicatrisé avec sténose du pylore, cas où les hémorragies ne sont plus que des suintements provoqués par la distension de l'estomac.

OBSERVATIONS PERSONNELLES DE GASTROENTEROSTOMIE

Nous avons relevé 12 cas de gastroentérostomie.

Ils nous donnent au point de vue du résultat immédiat (les quarante-huit heures suivantes) :

4 récidives.

Au point de vue du résultat éloigné :

4 évolutions inconnues.

3 récidives.

5 bons résultats.

Nous ne voulons pas établir de pourcentage pour les résultats immédiats, car il nous a paru que bon nombre de nos observations n'étaient pas assez détaillées au point de vue des suites opératoires, et que des hémorragies s'étaient peut-être produites qui n'étaient pas signalées. Nous n'avons pas pu compléter. Nous nous bornerons à signaler ces récidives immédiates qui viennent confirmer l'idée que la gastroentérostomie n'a aucune valeur hémostatique par elle-même, et qu'elle peut même, au contraire, être assez traumatisante pour provoquer les saignements d'un ulcère qu'elle n'abrite en rien.

Au point de vue de l'issue éloignée, nous avons une proportion de 62,5 % de résultats satisfaisants et de 37,5 % de récidives.

Tel est le résultat grossier.

Mais examinons le cas des ulcères non sténosants.

Ce sont les quatre premières observations, elle nous donnent deux évolutions inconnues et deux récidives.

(1) Il est à noter que dans ce cas, les hématoméses sont toujours noires, car, s'il y a stase, le sang sera digéré : si une hémorragie noire ne prouve pas toujours la cicatrisation, par contre, une hémorragie rouge prouve toujours la persistance du processus ulcéreux.

Ulcères non sténosants. — Deux résultats connus, donnant deux récidives.

Dans les cas des ulcères sténosants dont nous avons sept observations, nous avons quatre bons résultats, deux résultats inconnus, une récidive.

Examinons d'un peu plus près.

Dans l'observation V, le malade était porteur d'un ulcère pylorique, avec sténose anatomique ; mais c'était un vieil ulcère, qui apparut cicatrisé à la laparotomie, l'hématémèse avait été noire ; cette observation réalise donc bien un des cas que nous avons indiqués propices à la gastroentérostomie qui a agi par drainage.

Bon résultat.

OBSERVATION VI. — Ulcère de 10 ans, pylorogastrique, sténose anatomique.

Ne rentre pas dans nos conclusions car encore en activité (une hématémèse rouge il y a 3 mois) et a donné un bon résultat.

OBSERVATION VII. — Ulcère de 6 ans, gastrique, hématémèses noires répétées qui ont apparus en même temps que la sténose (marquée par le clapotage, le péristaltisme, la dilatation).

Ne rentre pas dans nos conclusions opératoires, car cicatrisation douteuse (une hématémèse rouge 3 mois avant). Récidive 1 an après.

OBSERVATION VIII. — Ulcère duodénal avec sténose. Rentre dans nos conclusions. Bon résultat.

OBSERVATION IX. — Résultat éloigné inconnu.

OBSERVATION X. — Vieil ulcère de 10 ans. Hématémèses noires depuis l'apparition de la lésion. Cicatrisation probable.

Rentre dans nos conclusions. Bon résultat.

OBSERVATION XI. — Résultat éloigné inconnu.

Notre statistique peut se rétablir ainsi :

Résultats connus : 5.

Ulcères cicatrisés ne saignant que par distension : 2 cas, 2 guérisons.

Ulcère duodénal avec sténose du pylore : 1 cas, 1 guérison.

Ulcère à cicatrisation douteuse (gastrique) : 2 cas, 1 guérison, 1 récidive.

Ces résultats viennent donc complètement confirmer nos conclusions avec un seul cas qui s'écarte un peu, en ceci que le

résultat s'est montré bon, **alors que dans** nos conclusions nous le disions douteux, et que l'autre cas **semblable a eu** une récédive.

En résumé, résultats éloignés :

Ulcères non sténosants : 2 résultats connus, 2 récédives.

Ulcères sténosants : 1° L'opération était indiquée d'après nos conclusions, 3 cas, 3 guérisons ; 2° L'opération n'était pas indiquée d'après nos conclusions, 2 cas, 1 récédive.

L'observation XII a trait à un malade à estomac non dilaté, aucune lésion visible.

CHAPITRE VI

L'exclusion du duodénum ou du pylore, intervention palliative dans l'ulcère hémorragique.

Il est certain, nous l'avons dit, que l'excision est la thérapeutique de choix de l'ulcère hémorragique ; mais, et nous en avons vu les raisons, c'est toujours une opération pour le moins difficile, parfois impraticable, souvent trop compliquée pour être appliquée. La gastroentérostomie, d'autre part, n'a que des indications restreintes.

Il en résulte naturellement que si la résection n'est pas applicable, si la gastroentérostomie n'est pas de mise, il faut s'adresser à une autre intervention : c'est l'exclusion.

L'exclusion du duodénum et l'exclusion du pylore furent créées par *Doyen* en 1892. Mais il ne fut guère suivi, et en 1895, l'exclusion fut réinventée par *Von Eiselsberg*. Ce n'est qu'en 1904 que *Quénu* la proposa tout théoriquement dans l'ulcère hémorragique, après avoir constaté la fréquence des insuccès de la gastroentérostomie et les obstacles à la résection.

Au point de vue de la facilité, il est clair que les adhérences gêneront moins pour l'exclusion qui ne demande qu'une section que pour l'excision qui exige une vraie décortication. Si l'ulcère est pylorique ou duodénal, l'exclusion du pylore ou du duodénum le mettra à l'abri, enfermé dans une sorte de diverticule complètement clos qui sera

rapidement privé de toute réaction physiologique, et s'il est gastrique, l'exclusion rendra la gastroentérostomie efficace et abritera sûrement encore, si l'on fait une exclusion large pylorogastrique, enfermant la lésion.

En effet, dans les ulcères du pylore ou du duodénum, l'exclusion fait ce que ne peut pas faire la gastroentérostomie ; elle soustrait l'ulcération à l'action du suc gastrique (car la muqueuse exclue, s'atrophie rapidement) et au passage des aliments, protège les caillots qui assurent l'hémostase et met l'ulcère dans les meilleures conditions de cicatrisation.

De plus, dans tous les cas où le pylore était perméable, elle empêche la gastroentérostomie d'être illusoire et en assure le fonctionnement définitif au cas où il n'existait qu'un spasme du pylore. Enfin, le chimisme et l'évacuation gastrique sont améliorés dans le sens le plus favorable à la lésion. « L'observation clinique et surtout l'examen radiographique, montrent que l'évacuation gastrique est accélérée. Comme *Severeanu* et *Amza Jianu*, nous avons vu, avec *Cade*, chez notre opérée, le transit gastrojéjunal se faire rapidement... ; en quelques moments, on voit des bouchées de bismuth passer dans l'intestin, et au bout d'un quart d'heure il y en a déjà à une certaine distance de l'anastomose. Comment ceci se fait-il, et quel est le mécanisme intime de cette évacuation accélérée ? *Amza Jianu* en a proposé une explication que nous adoptons pleinement : au moment de l'injection, l'estomac, surpris en état de relâchement, laisse passer quelques gouttes à travers le néopylore. Sous l'influence de ce suc, plus ou moins acide, le jéjunum fonctionnant en suppléance du duodénum provoque une sécrétion pancréaticobiliaire rapide, et ainsi

se met plus rapidement en jeu la fonction d'évacuation. » (*Leriche et Bressot, Lyon Chirurgical, 1^{er} octobre 1911.*)

Donc, par l'exclusion, il y a suppression absolue de toute stase alimentaire et accélération de l'évacuation.

L'exclusion, de plus, modifie rapidement le chimisme gastrique. « *Amza Jianu* l'a prouvé expérimentalement et cliniquement : il a vu que la gastroentérostomie ne modifiait pas le suc gastrique, tandis que la pylorectomie et l'exclusion amenaient rapidement une diminution de l'acidité, du chlore organique et minéral, à peu près dans une proportion de moitié. » (*Leriche et Bressot.*)

Ces deux données ont une importance toute spéciale ; en effet, si nous ne considérons plus l'ulcère pylorique ou duodénal que l'exclusion abrite parfaitement, mais bien l'ulcère gastrique, aurons-nous encore dans l'exclusion un moyen de guérison ?

Les statistiques le font penser. On en a des exemples avec résultat éloigné qui s'est maintenu très bon : on peut donc compter, dans ce cas encore, sur le pouvoir hémostatique de l'exclusion. Les observations de *Vautrin*, de *Quénu*, de *Pauchet*, l'ont montré. On opposera les deux faits malheureux de *Von Eiselsberg* et *Jonnesco* ; ils prouvent seulement que l'excision est la méthode la plus sûre, que dans toute opération palliative, si efficace soit-elle, un danger persiste.

Cependant, il faut ajouter que l'exclusion étant faite assez large pour comprendre la zone lésée (une exclusion formant deux segments, l'un complètement clos renfermant l'ulcère et le pylore, l'autre le reste de l'estomac et la bouche gastrojéjunale), ces considérations passent au

second plan, le segment isolé cesse rapidement de sécréter, l'ulcère est rapidement et définitivement à l'abri.

Dans le cas du malade de l'observation XVIII, *M. Villard* a fait l'exclusion du pylore et de toute la moitié droite de l'estomac pour un ulcère situé loin du pylore : le résultat a été très bon, après une intervention un peu longue, mais sans complication notable.

L'exclusion ainsi complétée peut donc s'indiquer avec la même sûreté dans l'ulcère duodénal, pylorique ou gastrique. Une seule objection pourrait s'y opposer : la difficulté de pratiquer les doubles séries de sutures, très haut vers le cardia, dans une région à peu près fixée sous la coupole diaphragmatique, et la longueur des sections à suturer — ou l'hésitation devant l'importance d'une section médiogastrique sur un estomac qui peut être plein de liquide, ne se laissant que mal extérioriser, chez un malade en état parfois précaire.

Il y a pourtant un procédé d'exclusion rapide, celui de *Parlavecchio*, qui consiste à porter un fil dans l'arrière cavité, immédiatement à gauche du point malade, et à serrer de façon à diminuer le calibre de l'estomac à ce niveau. On produirait ainsi une sténose qui persisterait à l'état de cicatrice, et assurerait sans risques et facilement tous les avantages de l'exclusion vraie. *Leriche* fait observer que les observations n'ont pas encore donné de résultats assez éloignés pour qu'on puisse se fier à ces conclusions contre le fait admis par tous qu'on ne peut obtenir un rétrécissement durable d'un conduit par sa simple ligature.

Il n'en reste pas moins que si elle assure, comme l'ont

dit *Parlavecchio* et *Randisi* (1), comme l'ont constaté *Reckzy* et *Girard*, une exclusion susceptible de durer cinq mois, c'est un moyen de fortune, certes, mais qu'il ne faut pas négliger si l'on a à faire une ligature dans un endroit difficilement accessible ou lorsqu'il faut aller très vite.

Il faudrait peut-être ajouter quelques mots encore sur le lieu d'élection de l'exclusion, car nous avons toujours dit jusqu'ici : exclusion du duodénum ou du pylore, sans préciser, mais cela nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons à renvoyer aux conclusions de l'article de *Leriche* et *Bressot*, déjà cité plus haut, ainsi que pour la réponse aux objections faites à propos de la durée de l'opération. On peut encore considérer comme une exclusion, puisqu'elle en réalise pratiquement le mécanisme, la technique du blocage du pylore par plicature avec enfouissement de l'ulcère comme pratiquent les *Mayo* et *Moynihan*. C'est pour l'ulcère du pylore une opération approximative à rapprocher de l'opération de *Parlavecchio* pour l'ulcère du corps de l'estomac.

En résumé, nous croyons pouvoir dire :

Si l'excision est impossible, l'exclusion du pylore ou du duodénum se montre la meilleure opération dans les ulcères hémorragiques de la *région pylorique et duodénale* (réserves faites toutefois pour l'ulcère sténosant du versant duodénal que nous avons vu susceptible de la gastro-entérostomie plus facile et plus rapide).

Dans l'ulcère hémorragique *gastrique*, éloigné du pylore,

(1) F. Randisi. *La Clinica Chirurgica*, 31 décembre 1910, n° 12, p. 2.333.

l'exclusion d'un *segment pylorogastrique*, enfermant la lésion, pratiquée par le procédé de *Parlavecchio*, s'il est impossible de la faire à la suture, réalise encore la meilleure intervention, toutes les fois où la jéjunostomie n'est pas rendue nécessaire par les considérations que nous allons développer.

OBSERVATIONS PERSONNELLES D'EXCLUSIONS

Nousa vons relevé six cas d'exclusion, tous avec bon résultat immédiat et éloigné.

L'observation XXII mérite d'être mise à part. Nous l'avons rangée avec l'exclusion, car un segment de l'estomac a été exclu ; mais au sens que nous avons donné au mot d'exclusion, elle devrait être plutôt rapprochée de l'excision. Si nous la rendons justiciable des conditions de la résection, il faudra noter que la malade présentait sinon de l'hypersécrétion à jeun, tout au moins de l'hyperacidité ; une gastroentérostomie complémentaire aurait peut-être été indiquée pour prévenir des récidives dans la zone périulcéreuse. L'intervention date de huit mois et le bon résultat s'est maintenu.

L'observation XVIII, nous l'avons déjà signalé au cours du chapitre, mérite d'être signalée, car dans le segment exclu a été comprise, avec le pylore, la zone ulcérée, proche du cardia.

CHAPITRE VII

La jéjunostomie. Opération palliative dans l'ulcère hémorragique

Il est encore une autre opération palliative, assez rarement pratiquée, mais à laquelle on doit quelques beaux succès.

Elle fut créée par *Surmay*, chirurgien français de Ham, en 1877. Les premiers résultats furent peu encourageants. Néanmoins, les grands avantages théoriques de cette intervention, isolement complet de l'estomac, facilité et rapidité d'intervention, triomphèrent des premiers insuccès et son emploi s'étendit peu à peu avec des perfectionnements de technique. *Maydl*, en 1897, l'applique au traitement d'un ulcère gastrique avec hémorragies. *Scholz*, de Breslau, en 1898, en rapporte un cas. *Henle* et *Heindenhain*, en 1898 et 1899, l'appliquent à des hématoméses aiguës. Les observations se multiplient ensuite : *Maydl*, *Maragliano*, *Stich*, en publient des cas heureux. En France, la jéjunostomie est surtout connue par une communication de *Terrier*, en 1898, et la thèse de *Bosquet*, en 1899.

En 1904, *Quénu*, examinant la valeur de la gastroentérostomie dans les ulcères hémorragiques, se demande si l'on ne pourrait pas, par la jéjunostomie, réaliser les indications désirables et donne la réponse en 1906, dans une communication à la *Société de Chirurgie*, en montrant les bénéfices que l'on peut en retirer. Son emploi cependant

se généralise peu à peu. *David*, en 1907, peut en réunir 41 cas. *Poncet*, *Delore* la recommandent comme une extrême ressource. *Tixier* en rapporte un beau succès (observation XXIV) et *Saint-Paul*, dans sa thèse récente, en étend les indications.

Nous allons donc examiner si la jéjunostomie répond aux exigences du traitement, et si elle présente des avantages spéciaux.

La jéjunostomie évite le passage des aliments sur la lésion et assure le repos de l'estomac aussi bien au point de vue moteur que sécrétoire.

Certaines expériences de physiologie sembleraient démontrer que l'estomac sécrète quand on introduit des aliments dans le jéjunum. Cela a été constaté par l'introduction d'acides, d'alcool, de peptone ou de sels gras de soude ; mais l'extrait de viande, la viande, le lait ont toujours donné un résultat négatif ou tout au moins la sécrétion provoquée est très peu abondante et se tarit rapidement. Cela se comprend si on se souvient que les excitants naturels de la sécrétion gastrique sont : la mastication pour une faible part, l'influence psychique, l'action chimique de chaque matière alimentaire sur la muqueuse gastrique. De ces trois éléments, un seul, l'influence psychique, pourrait encore intervenir et on peut le supprimer en grande partie.

Donc, au point de vue sécrétoire, le repos est, sinon absolu, du moins très suffisant, presque complet.

Il en est de même au point de vue moteur. La fonction motrice a pour excitant principal la présence des aliments dans l'estomac. En dehors de la période digestive, les mouvements de l'estomac sont peu importants, négligeables.

Or, la jéjunostomie supprimant la cause, le contact des aliments avec la muqueuse gastrique va supprimer aussi l'effet; les mouvements de la phase digestive.

On peut donc dire qu'elle assure le repos complet de l'organe.

Mais suffit-elle à l'entretien de la vie ? Ce point a été complètement démontré par *Surmay*, qui pratiquait la jéjunostomie pour alimenter ses malades dans le cas de sténose du pylore. Il est établi, en effet, par la physiologie, que presque toutes les modifications chimiques dont les aliments ont besoin pour devenir absorbables, s'effectuent dans l'intestin. Le rôle de l'estomac se borne à commencer une seule de ces opérations et à élaborer le chyme destiné à agir sur la muqueuse duodénale et à produire les réflexes de sécrétion et d'excrétion sur les glandes annexées. Quelle que soit l'importance de ces influences, elles peuvent manquer : des expériences sur des chiens, des interventions sur l'homme, l'ont bien établi (un gastrectomisé de *Delore* a engraisé de 26 kilogrammes en 50 jours). La physiologie, en effet, a démontré que le point de départ de l'excitant sécrétoire biliaire et pancréatique est non seulement duodénal, mais aussi jéjunal, et que la sécrétion biliaire et pancréatique a lieu, moins accentuée qu'à l'état normal, mais encore suffisante.

Ainsi donc, le mécanisme digestif pourra être ralenti, sera-t-il encore suffisant ? pourra-t-on nourrir le malade ? L'anémie est une condition favorable à l'extension de l'ulcère, et il serait dangereux, de plus, de risquer d'affaiblir encore ces malades déjà, le plus souvent, dans un état précaire. L'expérimentation théorique l'a montré : de nombreux animaux porteurs de fistule jéjunale ont pu

être alimentés pendant longtemps et augmenter de poids. Les résultats chez l'homme sont venus encore à l'appui. On trouve dans les observations de *Maydl* (1) des malades qui, après jéjunostomie, ont augmenté facilement de 10 à 12 kilos en quelques mois. On retrouve le même accroissement chez les opérés de *Lejars*.

Nous venons de voir que la jéjunostomie est suffisante, voyons dans quels cas elle est nécessaire. La réponse en est simple. Toutes les fois que l'intervention sera jugée de mise, en dehors des cas très particuliers de résection et de gastroentérostomie, et quand l'exclusion sera contre-indiquée par le siège médiogastrique ou la périgastrite trop abondante, ou la multiplicité des lésions, ou surtout par l'état général du malade.

En dehors de ces données qui ne sont que négatives, la jéjunostomie comporte une indication positive. C'est le cas, où malgré les efforts, il faut opérer « à chaud » ; nous avons vu dans quelles circonstances. La jéjunostomie sera alors l'intervention de choix parce que rapide et peu traumatisante, dans ce cas il faut opérer d'urgence, faire vite, opérer si possible sans anesthésie générale et ménager au malade autant qu'on le peut le choc opératoire. Mais ce ne sera alors qu'une opération d'attente, et nous croyons logique de dire que plus tard, quand le repos gastrique aura été grâce à elle suffisamment prolongé, il sera bon de compléter la fermeture de la fistule par une gastroentérostomie avec exclusion.

(1) *Maydl. Wiener med. Woch.*, 1892, n° 18-19-20. *Veber jéjunostomie (Mittheil. aus den Grenzgeb. des Méd. und Chir.*, 1898, t. III, p. 532).

Weitere Beiträge zur indications stellung der jéjunostomie (*Wien. Klin. Rundschau*, 4 et 11 janvier 1913).

Il est à noter cependant que la mortalité est encore assez forte, dans ce cas d'urgence, puisque nous retombons dans les conditions de l'intervention à chaud que nous avons discutée plus haut.

Il y a encore une indication à la jéjunostomie. A la laparotomie, pour une lésion qui semble bien refroidie, il est impossible de trouver la localisation de l'ulcère : la discussion peut alors s'ouvrir sur l'opportunité de l'exclusion ou de la jéjunostomie qui devra être préférée si l'on a la moindre raison de croire que le repos complet doive encore être prolongé.

Nous ne voulons pas insister sur les procédés de jéjunostomie, le plus rapide sera le meilleur. Mais nous croyons juste de donner quelques détails sur les soins postopératoires assez importants pour que *M. Tixier* ait pu nous dire à propos de son opérée : « Ce n'est pas moi qui ai guéri cette malade, c'est le dévouement des infirmières. »

Les aliments seront toujours maintenus à une température voisine de celle du corps, car l'estomac n'est plus là pour unifier les températures et l'injection de liquides froids provoquerait des coliques et de la diarrhée.

L'injection devra toujours être poussée lentement pour éviter la distension et le reflux. Les premiers essais doivent être faits avec prudence, il faut habituer l'intestin à son nouveau rôle ; on n'aura recours au début qu'à des aliments liquides : lait, bouillon, facilement introduits et rapidement digérés et absorbés.

Il faut éviter surtout d'injecter trop à la fois : le fonctionnement de l'intestin se fait, en effet, par segments successifs, et l'un d'eux ne s'ouvre que quand le suivant est

vide. On ne devra pas dépasser 150 ou 200 centimètres cubes pour un repas : on multipliera simplement les repas.

Si l'on incorpore des matières solides, il faudra qu'elles soient finement hachées ou pulvérisées.

Comme le suc gastrique n'exerce plus son pouvoir antiseptique, il faut veiller à ce qu'une cuisson complète réalise la stérilisation, de même qu'il faut exiger la propreté minutieuse des seringues et de la sonde que l'on pourra, pour plus de sûreté, mettre seulement au moment des repas, après les quelques premiers jours où elle est nécessaire, pour assurer le calibre du conduit.

Le malade ne doit rien absorber par la bouche, malgré la soif vive ordinaire au début, mais qui finit par se calmer.

Enfin, les soins de la bouche ne doivent pas être oubliés, car le malade ne mâche pas, la quantité de salive diminue, son rôle de nettoyage mécanique est supprimé. Il faut y suppléer artificiellement pour éviter des complications infectieuses : parotidite en particulier.

Pour conclure, nous dirons :

La jéjunostomie est une opération suffisante et peu traumatisante, mais temporaire. Elle est de mise dans les cas où l'on est forcé d'intervenir d'urgence, ce n'est alors, le plus souvent, qu'une opération d'attente ; elle est fréquemment indiquée si aucune lésion n'est perceptible. D'autres indications se tirent encore de l'exclusion des autres procédés, impossibles dans le cas considéré, mais elle n'a pas dans ce cas la même valeur, ce n'est plus qu'un pis aller.

OBSERVATIONS PERSONNELLES DE JÉJUNOSTOMIE

Nous n'avons que trois cas de jéjunostomie, avec bon résultat tous trois.

Dans l'observation XXIII, la répétition de l'hémorragie a motivé l'intervention d'urgence : la jéjunostomie s'indiquait d'autant plus que les ulcères étaient multiples.

La jéjunojéjunoanastomose faite par M. Villard pour empêcher le risque de reflux dans l'estomac (nous avons vu par quelles précautions on pouvait l'éviter) a été le siège d'une de ces ulcérations peptiques postopératoires de nature encore mal élucidée, qui rompit l'anastomose et provoqua la mort neuf jours après l'intervention par infection péritonéale d'origine alimentaire.

Fait à noter, à l'autopsie, les ulcères avaient complètement disparu, « les neuf jours de repos complet (nous a dit M. Villard) avaient suffi à en assurer la guérison totale ».

Dans l'observation XXIV, que nous avons rapportée in extenso car elle fournit un exemple des soins postopératoires, la mort survint un an après par évolution de phtisie pulmonaire, et il faut peut-être se demander malgré tout quelle part revient à l'anémie ulcéreuse et quelle part à l'intervention et à la durée de l'alimentation jéjunale par cette fistule assez longtemps incontinente, dans la rapidité de l'évolution tuberculeuse. Les atteintes pulmonaires seraient, et plusieurs auteurs l'ont exprimé, une contre-indication à l'intervention ; mais dans ce cas, on ne pouvait hésiter, car il y avait nécessité vitale urgente.

Nous tenons aussi à insister sur l'ingénieux procédé de M. Tixier, employant l'ancien orifice de fistule comme bouche jéjunale de gastroentérostomie ; nous croyons que cette élégante simplification n'a pas encore été signalée. Dans l'observation XXV, M. Leriche, opérant à froid et parti pour faire une résection ou une exclusion, a pratiqué la jéjunostomie, ne trouvant aucune lésion, mais rencontrant encore malgré la durée de la période de repos un intestin contenant du sang noirâtre à l'intérieur. Le repos parfait fut ainsi assuré quinze jours. Bon résultat. Pas de récurrence.

CONCLUSIONS

La variété des conditions dans lesquelles se présente l'ulcère hémorragique nécessite des opérations différentes appropriées aux différents cas.

De l'examen de 25 observations lyonnaises, presque toutes inédites, il résulte que :

La forme foudroyante de l'hématémèse ulcéreuse n'est pas susceptible d'une intervention qui arrêterait l'hémorragie.

L'opération palliative est indiquée pour prévenir les récidives des hémorragies aiguës et chroniques.

Dans l'hématémèse aiguë : l'intervention doit être faite, si possible, à froid, dès qu'une période de traitement médical a prolongé le repos gastrique assez longtemps pour laisser arrêter l'hémorragie et permettre au malade de reprendre un état général plus satisfaisant.

Si une deuxième hématémèse se produit pendant cette période, attendre encore si elle est faible ; opérer de suite si elle est forte.

Si une troisième se produit, opérer d'urgence.

Dans l'hémorragie chronique, il faut opérer dès que l'insuffisance du traitement médical est constatée.

Les opérations à pratiquer sont : la résection ou excision, la gastroentérostomie, l'exclusion, la jéjunostomie, qui réalisent dans leurs cas particuliers, soit l'ablation de la lésion, soit le repos gastrique nécessaire et suffisant et le produisent définitif, ou, au moins, suffisamment prolongé.

Il faudra faire la résection (3 observations) si l'état du malade et les conditions anatomiques le permettent.

S'il y a hypersécrétion chlorhydropeptique, il sera plus sûr de limiter les indications au cas de l'ulcère du pylore (pylorectomie et gastroentérostomie). Dans les autres localisations de l'ulcère, une opération d'excision, pour être vraiment complète, serait trop longue pour être utilisable pratiquement.

La gastroentérostomie (12 observations) n'est indiquée que :

Pour le cas d'ulcère duodéno-pylorique avec sténose définitive ; et pour le cas d'ulcère de l'estomac, déjà cicatrisé, avec sténose et dilatation gastrique, et ne saignant plus que par la distension. Le drainage est alors efficace et arrête ces suintements.

En dehors de ces deux cas, quand la résection est impossible, on fera l'exclusion du pylore ou du duodénum avec gastroentérostomie (7 cas). Il faudra évidemment comprendre l'ulcère même juxtacardiaque dans le segment exclu.

La jéjunostomie (3 cas), opération peu traumatisante, qui assure un repos suffisant, mais temporaire, est de mise dans les cas où l'on est forcé d'intervenir d'urgence, ou

quand aucun ulcère n'est visible, ou quand toute autre intervention est contrindiquée (longueur de l'exclusion, état du malade).

Le président de la thèse,

M. VALLAS

Vu : Le Doyen,

Signé : L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 27 novembre 1913.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

Signé : L. JOSSE RAND.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Première partie. — Observations de gastroentérostomie..	12
Observations de résection	25
Observations d'exclusion	33
Observations de jéjunostomie	41
Tableau des observations	48
Deuxième partie. — Chapitre I. — Les conditions opératoires	54
1° L'hémorragie ;	
2° L'état général ;	
3° Les conditions anatomiques.	
Chapitre II. — Justification de l'intervention	58
1° Opération curative ;	
2° Opération prophylactique ;	
3° Indications opératoires.	
Chapitre III. — Revue critique des interventions déjà pratiquées	65
Classification et justification des interventions proposées.	
Chapitre IV. — La résection ou l'excision, cure radicale..	72
Observations personnelles de résection.	
Chapitre V. — La gastroentérostomie, opération palliative.	79
Observations personnelles de gastroentérostomie.	
Chapitre VI. — L'exclusion, opération palliative	87
Observations personnelles d'exclusion.	
Chapitre VII. — La jéjunostomie, opération palliative..	93
Observations personnelles de jéjunostomie.	
Conclusions	100

ANC. IMP. WALTENER & C^{ie}

- 3, RUE STELLA, LYON -

